คู่มือปฏิบัติงาน

WORK MANUAL

จารึก จินตนา

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล)

คำนำ

ความตายเป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตายในเวลาอันจำกัด ก่อให้เกิดความเศร้าโศกและความทุกข์ทรมานอย่างมากกับผู้ป่วยและญาติ หอผู้ป่วยพิเศษ 6 ได้มีการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอยู่ในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีดุลยภาพทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี แต่การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีนั้น จำเป็นที่ทีมการดูแลต้องมีความรู้และเข้าใจในเรื่องความเชื่อทางศาสนา และความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องดูแลครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ มีเป้าหมายหลักของการดูแล เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามความเชื่อของศาสนาซึ่งมีความเชื่อที่เป็นไปในแนวเดียวกัน คือ ให้ผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งที่ดีงามและสงบสุข และสอดคล้องกับความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยที่แสดงเจตนารมณ์ก่อนตายที่จะไม่ยื้อชีวิตด้วยความทุกข์ทรมาน

คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) จัดทำขึ้นจากการรวบรวมข้อมูล ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และตำราวิชาการต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางในการปฏิบัติงานได้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารคู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และใช้เป็นแนวทางของบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จารึก จินตนา
พยาบาลวิชาชีพ
มิถุนายน 2565

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....ก
สารบัญ.....ข
สารบัญภาพ.....ง
สารบัญตาราง.....ฉ
สารบัญแผนภูมิ.....ช
บทที่ 1 บทนำ
1.1 ขอบเขตงานตามคู่มือ.....2
1.2 วัตถุประสงค์.....2
1.3 คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะ.....2
1.4 ผู้เกี่ยวข้อง หน้าที่และอำนาจ.....3
บทที่ 2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ
2.1 โครงสร้างหน่วยงานและภาระหน้าที่ของหน่วยงาน.....5
2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....8
บทที่ 3 กระบวนการปฏิบัติงาน
3.1 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work Flow).....11
3.2 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน.....24
3.3 หลักการ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงาน.....50
3.4 แนวทางในการปฏิบัติงาน.....69
3.5 มาตรฐานคุณภาพงาน.....71
3.6 ระบบติดตามและประเมินผล.....73
บทที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขและพัฒนา
4.1 ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยง.....75
4.2 แนวทางการแก้ไขและพัฒนางาน.....77
บรรณานุกรม.....79
ภาคผนวก
ก. ตัวอย่างแบบฟอร์ม
ภาพที่ 1 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 1.....83
ภาพที่ 2 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 2.....84
ภาพที่ 3 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 3.....85
ภาพที่ 4 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 4.....86
ภาพที่ 5 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.....87

สารบัญ (ต่อ)

ภาพที่ 6 หนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง.....88
ภาพที่ 7 แบบบันทึกความปวด pain record.....89
ภาพที่ 8 แบบบันทึกฟอร์มปรอท.....90
ภาพที่ 9 ใบคำสั่งการรักษา.....91
ภาพที่ 10 ใบบันทึกการให้ยา.....92
ภาพที่ 11 ผลอ่าน EKG เป็น Cardiac Asystole.....93
ภาพที่ 12 หนังสือรับรองการตายหน้า 1.....94
ภาพที่ 13 หนังสือรับรองการตายหน้า 2.....95
ภาพที่ 14 แบบรายงานการตายหน้า 1.....96
ภาพที่ 15 แบบรายงานการตายหน้า 2.....97
ภาพที่ 16 ใบคำแนะนำการเตรียมเอกสารหลังผู้ป่วยเสียชีวิต.....98
ภาพที่ 17 ใบคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death).....99
ภาพที่ 18 ใบนำศพออก.....100

ข. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563.....102

ประวัติผู้เขียน.....124

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
3-1	การเตรียมห้องสำหรับรับผู้ป่วย	24
3-2	ขั้นตอนการซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วย แรกรับใหม่	24
3-3	แบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา	25
3-4	แพทย์/พยาบาล แจ้งอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยแก่ญาติ	26
3-5	หนังสือยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง	27
3-6	ประเมินความปวดแบบ Numerical rating scale และ Face scale	28
3-7	แบบบันทึกความปวด Pain record	29
3-8	ยากลุ่ม NSAIDs	30
3-9	ยากลุ่ม Weak opioid : Tramadol	31
3-10	มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว Morphine IR 10 mg	31
3-11	มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน Morphine MST 10 mg	32
3-12	มอร์ฟีนชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน Kapanol 20 mg	32
3-13	มอร์ฟีนชนิดน้ำ	33
3-14	เฟนทานิลชนิดแผ่นแปะ	33
3-15	Strong opioid (Morphine 1:1 vein drip)	34
3-16	การนวดเพื่อบรรเทาปวด/ผ่อนคลาย	34
3-17	การประคบร้อนและประคบเย็นที่ถูกต้อง	35
3-18	แผนการรักษาของแพทย์ให้ยากลุ่ม Strong opioid	38
3-19	ใบบันทึกการให้ยา	39
3-20	แบบบันทึกทางการพยาบาล	40
3-21	ตำแหน่งการตรวจ EKG	41
3-22	ขั้วต่อบริเวณแขนขา	42
3-23	จุกติดบริเวณหน้าอก	42
3-24	กราฟ EKG Cardiac Asystole	42
3-25	การขียนหนังสือรับรองการตาย	43
3-26	แบบรายงานการตายหน้า 1	44
3-27	แบบรายงานการตายหน้า 2	45
3-28	ใบคำแนะนำการเตรียมเอกสารหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	46

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่

3-29 ตะกร้าใส่อุปกรณ์อาบน้ำศพ.....47
3-30 ใบคารวะและขออโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good death)....48
3-31 พิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)....49
3-32 เจ้าหน้าที่รักษาศพย้ายศพผู้ถึงแก่กรรม....49
3-33 ประเมินความปวดแบบ Numerical rating scale และ Face scale....58

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

3-1 รายละเอียดกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work flow).....13
3-2 ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.....55
3-3 บทบาทของพยาบาลและการดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยระยะประคับประคอง.....56
3-4 ตัวอย่างกลุ่มยา non-opioid ที่ใช้บ่อย.....59
3-5 รายละเอียดของยาในกลุ่ม Weak opioid ที่ใช้บ่อย.....59
3-6 รายละเอียดของยาในกลุ่ม ที่ใช้บ่อย.....60
3-7 มาตรฐานคุณภาพงานแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล).....71
4-1 ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน.....75
4-2 แนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนา.....77

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ หน้า

2-1 โครงสร้างองค์กร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.....5
2-2 โครงสร้างการบริหาร หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.....6
2-3 โครงสร้างบุคลากรแผนกหอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.....7
3-1 ผังกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work flow).....11

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ขอบเขตของงานตามคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคองที่ญาติมีความเห็นตรงกันว่าจะดูแลผู้ป่วยตามอาการและให้จากไปอย่างสงบที่ต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื้อหาคู่มือประกอบด้วย ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คำแนะนำในการประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบองค์รวม การดูแลภายหลังเสียชีวิต รวมทั้งบอกถึงขั้นตอนต่าง ๆ หลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคองจนถึงจนถึงแก่กรรม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1.3 คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้ เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ โดยมากแล้ว ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างดี (ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) หมายถึง การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

จิตวิญญาณ (Spirituality) หมายถึง การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละปัจเจกบุคคลแสวงหาความหมาย กำหนดทิศทาง การยอมรับและเข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิต เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต เกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ความเชื่อ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตัวตน ครอบครัว คนรอบข้าง ชุมชน สังคม ธรรมชาติสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวของชีวิต (ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

1.4 ผู้เกี่ยวข้อง หน้าที่และอำนาจ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา มีหน้าที่ให้คำปรึกษา กำกับดูแล เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

2. รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล มีหน้าที่ให้คำปรึกษา กำกับดูแลการทำงานของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

3. แพทย์ มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและร่วมวางแผนการรักษากับญาติรวมทั้งพยาบาลเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างเหมาะสมและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. เภสัชกรปฏิบัติการ มีหน้าที่จัดเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวด โดยเฉพาะยา Morphine และช่วยดูแลการบริหารยาและปฏิกิริยาของยาต่าง ๆ

5. พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ให้การดูแลประคับประคองตามแผนการรักษา และความสุขสบายทั่วไป

6. ผู้ช่วยปฏิบัติงานพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ วัดและบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วย

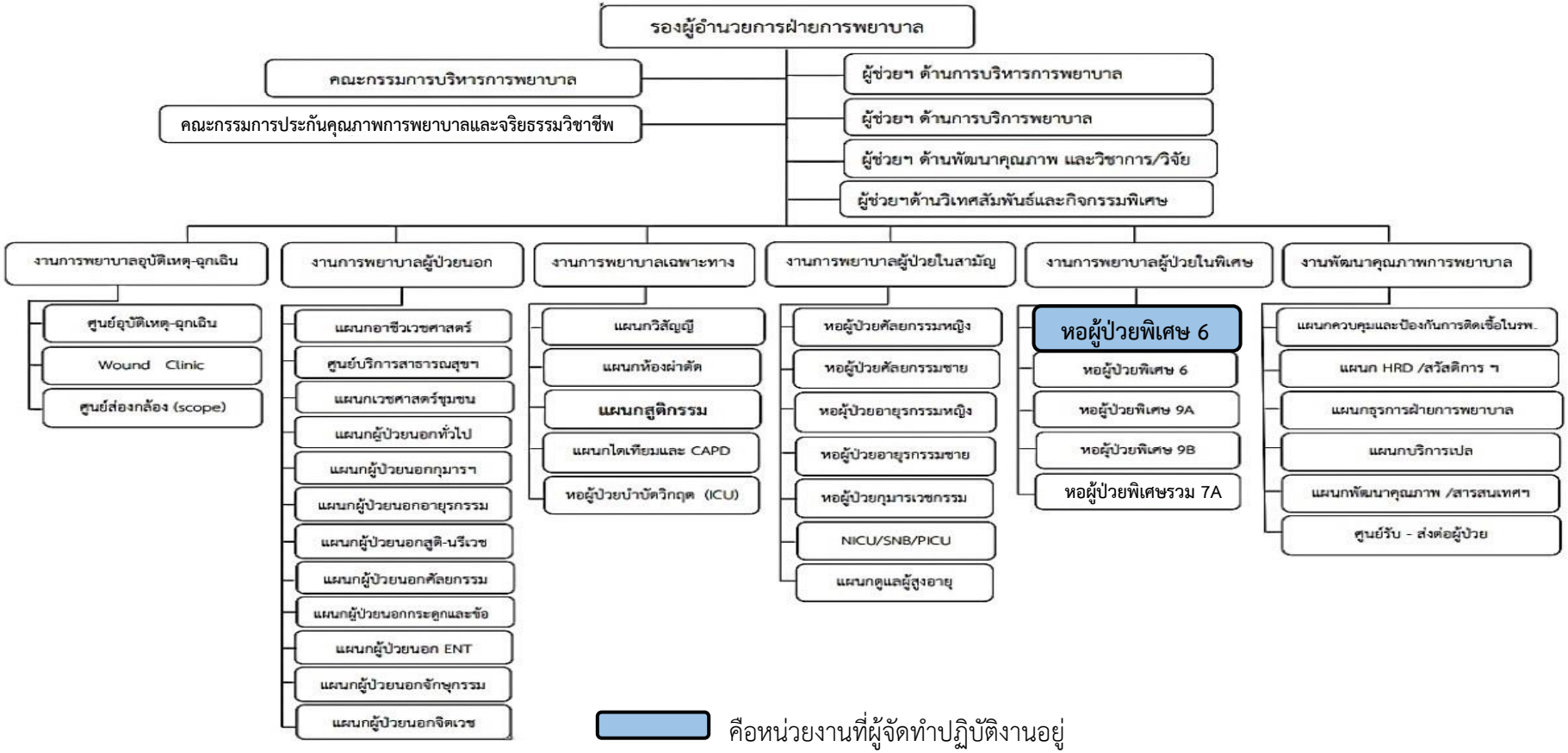
7. เจ้าหน้าที่รักษาศพ มีหน้าที่ จัดการศพ ย้ายศพไปห้องเย็น

บทที่ 2

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

2.1 โครงสร้างหน่วยงานและภาระหน้าที่ของหน่วยงาน

2.1.1 โครงสร้างองค์กร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

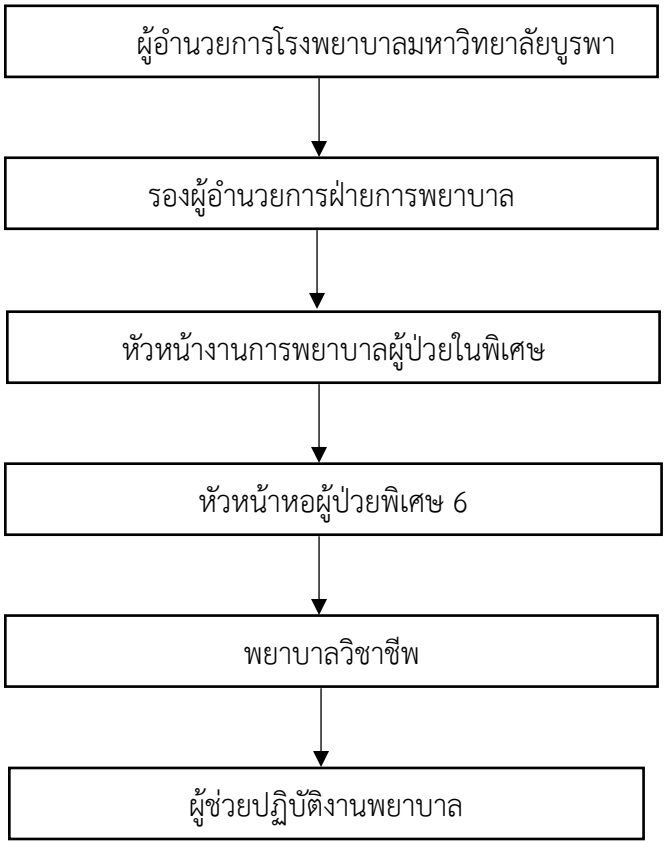


คือหน่วยงานที่ผู้จัดทำปฏิบัติงานอยู่

แผนภูมิที่ 2-1 โครงสร้างองค์กร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ที่มา : งานบริหารงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา, 2564

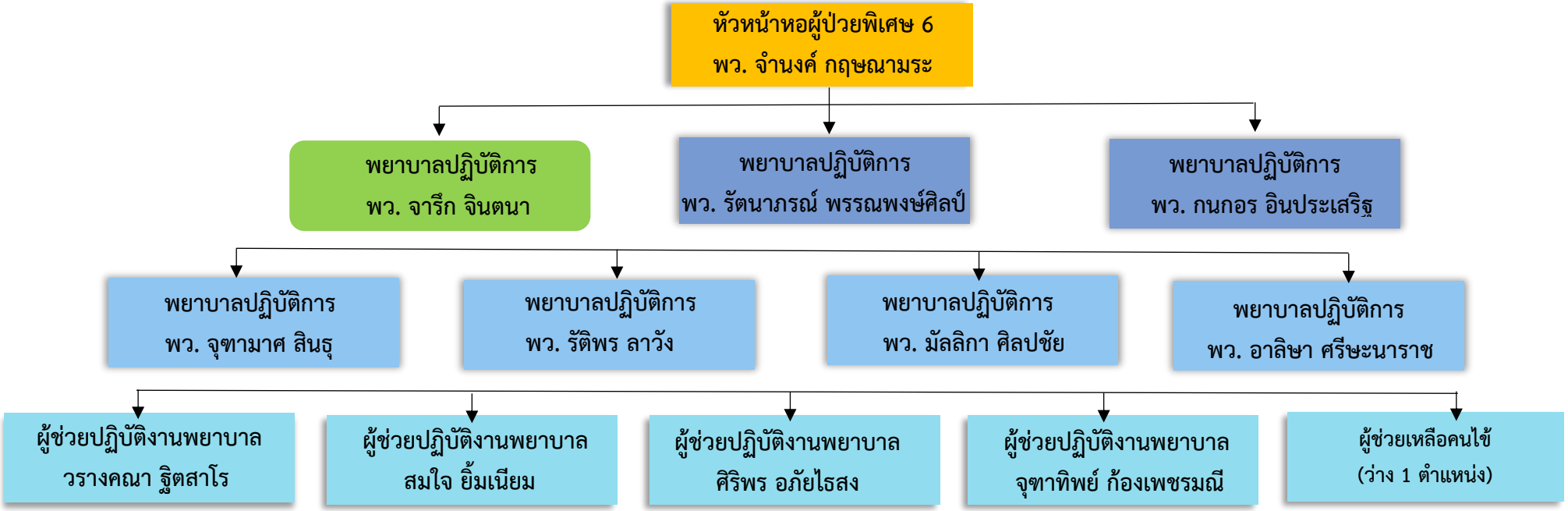
2.1.2 โครงสร้างงานบริหาร หอผู้ป่วยพิเศษ 6



แผนภูมิที่ 2-2 โครงสร้างบริหาร หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่มา : หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบรูพา, 2563

2.1.3 โครงสร้างบุคลากรหอผู้ป่วยพิเศษ 6



คือ ตำแหน่งที่ผู้จัดทำปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน

แผนภูมิที่ 2-3 โครงสร้างบุคลากรหอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่มา : หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบรูพา, 2564

2.1.4 ภาระหน้าที่ของหน่วยงาน

หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาเป็นหน่วยงานหนึ่งของงานการพยาบาลผู้ป่วยในพิเศษ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยพิเศษห้องเดี่ยว มีจำนวนทั้งหมด 16 ห้อง ห้องพิเศษเดี่ยววีไอพี 1 ห้อง ห้องพิเศษเดี่ยวธรรมดา 14 ห้อง และห้องแยกแรงดันลบ(Negative pressure room) ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งชายและหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการด้วยสาขาอายุรกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้รับการตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยมีกระบวนการที่สำคัญ 4 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการเตรียมบุคลากรและด้านวัสดุ ซึ่งรวมถึงเครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

2. กระบวนการรับผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การรับแจ้งจากหน่วยงานที่ Admit ได้แก่ OPD/ER/Admission Center หอผู้ป่วยต่าง ๆ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ประเมินสภาพผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง เพื่อเตรียมเตียงและอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย

3. กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ประกอบด้วยกระบวนการประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติ ตรวจร่างกายส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ การวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การดูแลรักษาพยาบาล การประเมินซ้ำ ซึ่งทั้งหมดจะมีกิจกรรมคู่ขนาน ได้แก่ การบันทึก และการให้ข้อมูล รวมทั้งการเสริมพลัง (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและญาติ

4. กระบวนการจำหน่าย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ การส่งต่อเยี่ยมบ้าน และการนัดตรวจรักษาต่อเนื่อง

2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ (Job Descpription)

ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยพิเศษ 6 ที่มีประสบการณ์ช่วยกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ ความสามารถประสบการณ์ และความชำนาญสูงในด้านพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยาก และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการ

1.1 ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่ญาติหรือมีความประสงค์ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

1.2 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ โดยประเมินอาการเจ็บปวด อาการหอบเหนื่อย รวมทั้งอาการอื่น ๆที่ทำให้ไม่สุขสบาย รายงานแพทย์เพื่อตรวจให้การรักษาเมื่อต้องใช้ยาเข้ามาช่วยใน

การรักษาแบบประคับประคอง และวางแผนดูแลให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

1.3 ติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะจนกว่าผู้ป่วยจะหมดลมหายใจจากไปอย่างสงบ

1.4 ร่วมตรวจเยี่ยม สังเกต วิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลง ประเมินความต้องการทางการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวด อาการเหนื่อย อย่างเหมาะสม

1.6 ให้การพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามความเชื่อทางศาสนา

2. ด้านการวางแผน

ร่วมประชุมกับทีมผู้บริหารและนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ตามบริบทของหน่วยงาน โดยการจัดทำ service profile และร่วมวางแผนแก้ปัญหาด้านอัตรากำลัง ครุภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงาน และผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

3. ด้านการประสานงาน

ประสานงานการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เช่น ทีมห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ทีมเภสัชกร โดยมีบทบาทในการให้ความเห็นและให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่สมาชิกในทีมงานหรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด

4. ด้านบริการ

4.1 จัดทำระบบการบริการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย โดยการออกแบบแบบฟอร์มบันทึกการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

4.2 ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบการพยาบาล

4.3 ควบคุมติดตาม กำกับบุคลากร ในการให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณและสังคม ด้วยการยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4.4 จัดทำแผนฝึกซ้อมกรณีที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่เป็น Clinical risk เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ และกรณีที่เป็น Non clinical risk เช่น อัคคีภัย เป็นต้น

4.5 ควบคุมติดตามบุคลากรให้มีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ เพื่อสร้างความพึงใจ ความประทับใจ และลดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน

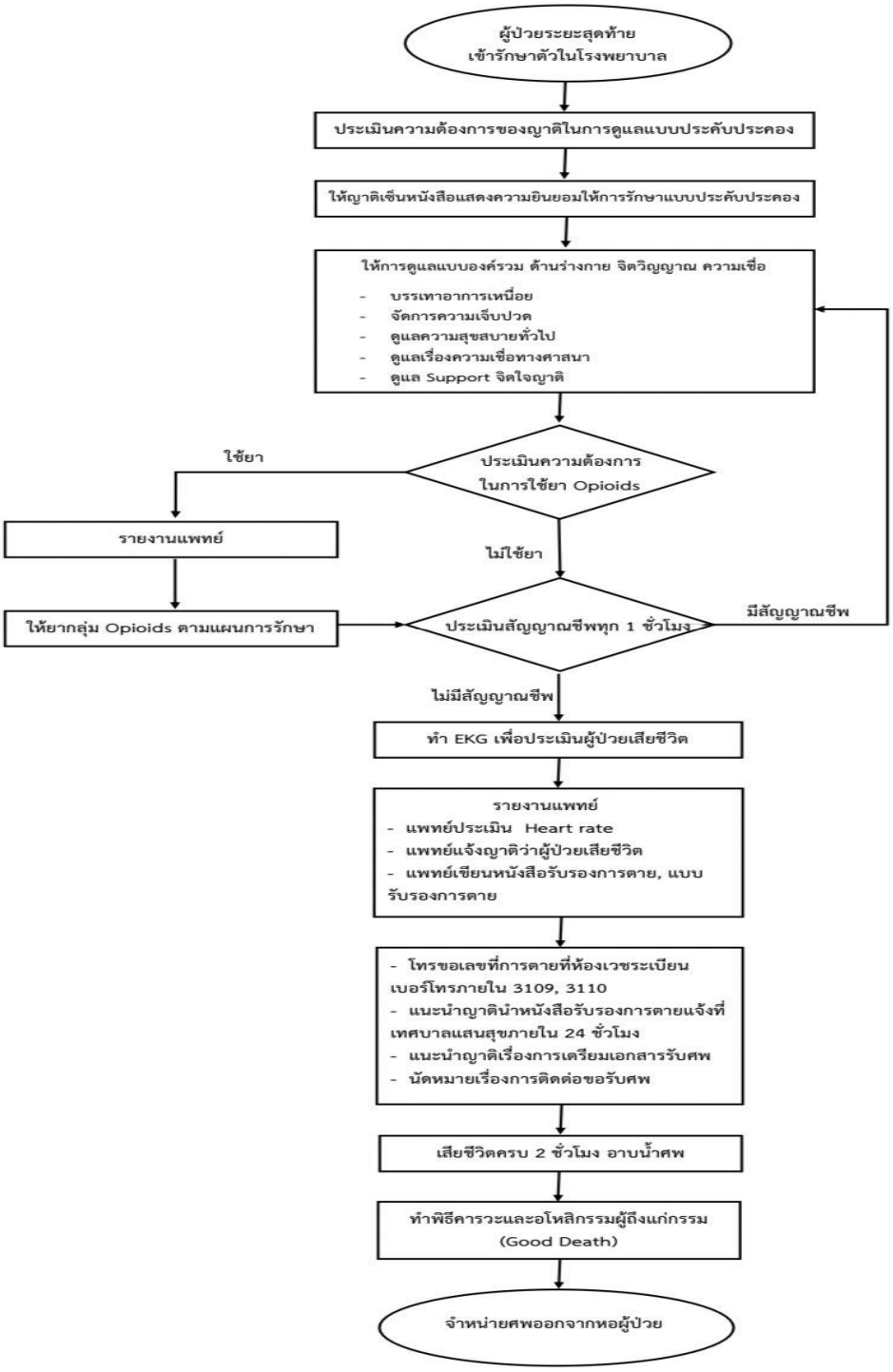
บทที่ 3

กระบวนการปฏิบัติงาน

3.1 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work flow)

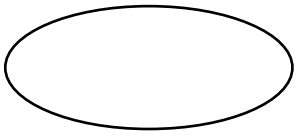
3.1.1 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work flow)

ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work flow) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) แสดงได้ดังแผนภูมิที่ 3-1



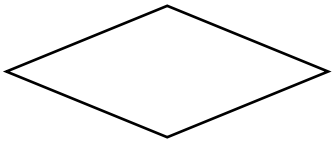
แผนภูมิที่ 3-1 ผังกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work flow)

ผู้เขียนออกแบบขั้นตอนกระบวนการ คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) เพื่อให้กระบวนการมีความชัดเจน สามารถเข้าใจง่าย โดยมีสัญลักษณ์ ดังนี้



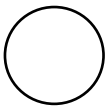
จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการ

กิจกรรมและการปฏิบัติงาน



การตัดสินใจ เช่น การตรวจสอบ การอนุญาต/ อนุมัติ และการเห็นชอบ เป็นต้น

แสดงทิศทางหรือการเคลื่อนไหวของงาน



จุดเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอน เช่น กรณีการเขียนกระบวนการ ไม่สามารถจบได้ภายในหนึ่งหน้า

3.1.2 ผังแสดงรายละเอียดกระบวนการปฏิบัติงาน (Work flow)

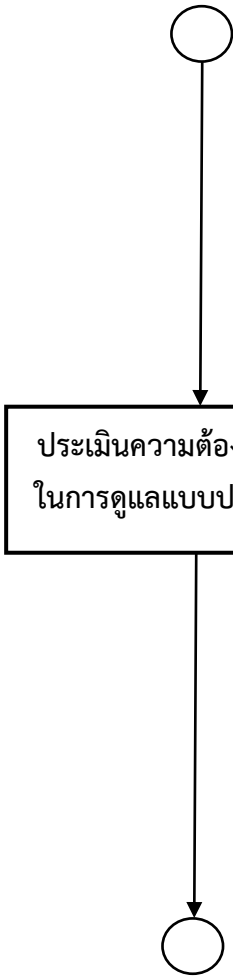
ชื่อกระบวนการ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล)

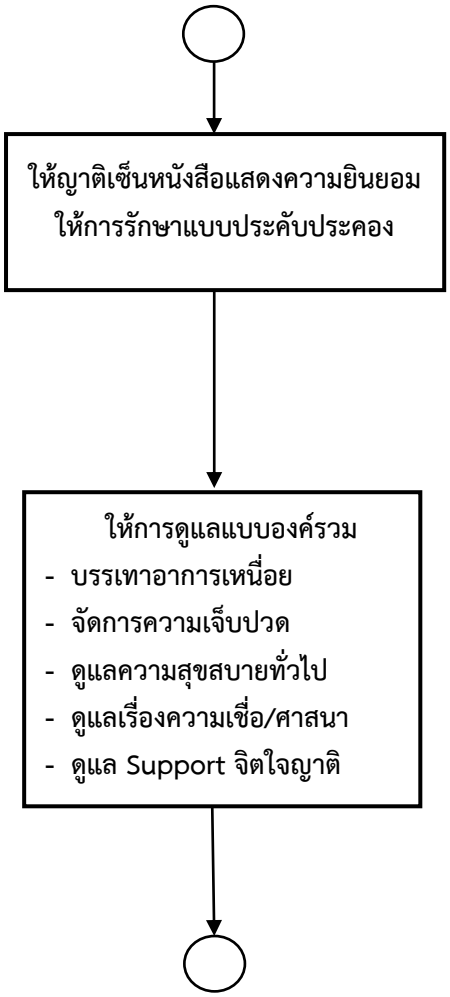
ข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ
1. การประเมินระดับผู้ป่วยประคับประคองตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)
2. การดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบองค์รวม ยึดถือตามหลักศาสนา

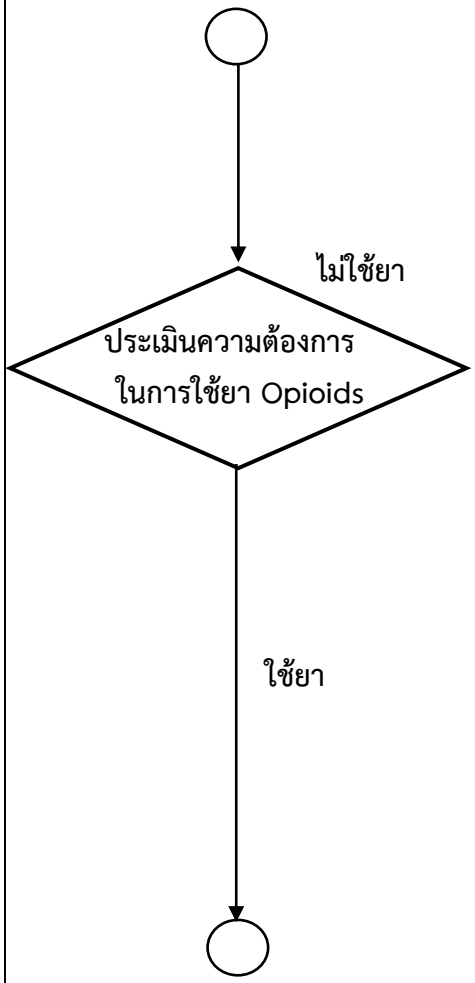
ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ
1. ร้อยละของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) (ร้อยละ 100)
2. จำนวนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามความต้องการ หรือเจตนารมณ์ของผู้ป่วย และครอบครัว

ตารางที่ 3-1 รายละเอียดกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work flow)

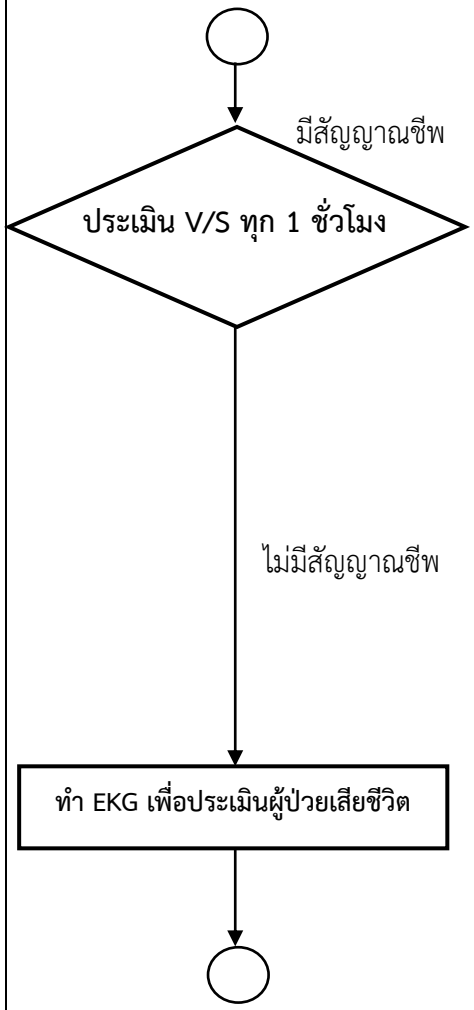
ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
1.		30 นาที	1. แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1.1 ซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตอาการผิดปกติ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ลงบันทึกในใบบันทึกสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วยให้ครบถ้วน 1.2 เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย	- ซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน มีการวางแผนการให้การพยาบาล - อุปกรณ์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ครบถ้วน ตรวจสอบการใช้งานได้ปกติ	- แบบบันทึกประวัติสุขภาพ และสมรรถนะผู้ป่วย (ดังภาพที่ 1-4 ในภาคผนวก ก)	แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ PN/NA

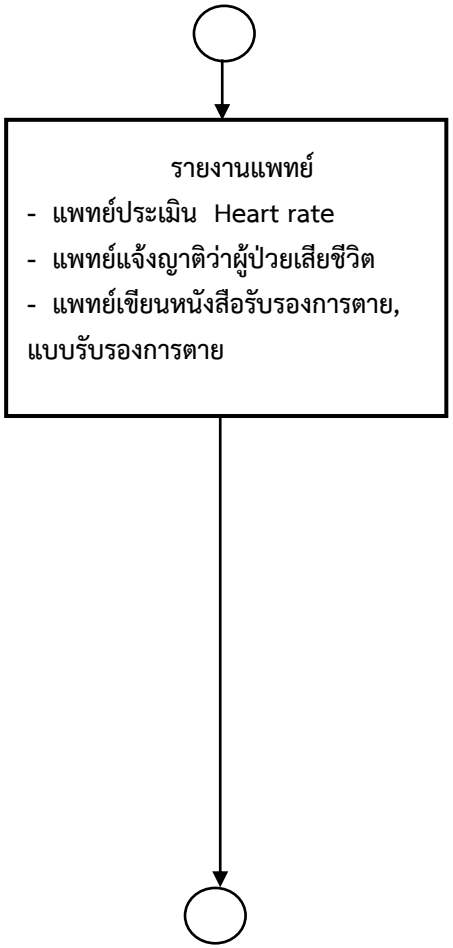
ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
2.		30 นาที	1.3 ประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) 2. ประเมินความต้องการของญาติในการดูแลแบบประคับประคอง 2.1 นัดหมายเวลาญาติที่มีสิทธิและอำนาจในการตัดสินใจในการรักษาเพื่อร่วมตัดสินใจในการรักษากับทีมการดูแลผู้ป่วย (Family Meeting) 2.2 แพทย์/พยาบาล แจ้งอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมตัดสินใจในการรักษา	- พยาบาลสามารถประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ถูกต้อง - ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	- แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative care (ดังภาพที่ 5 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ

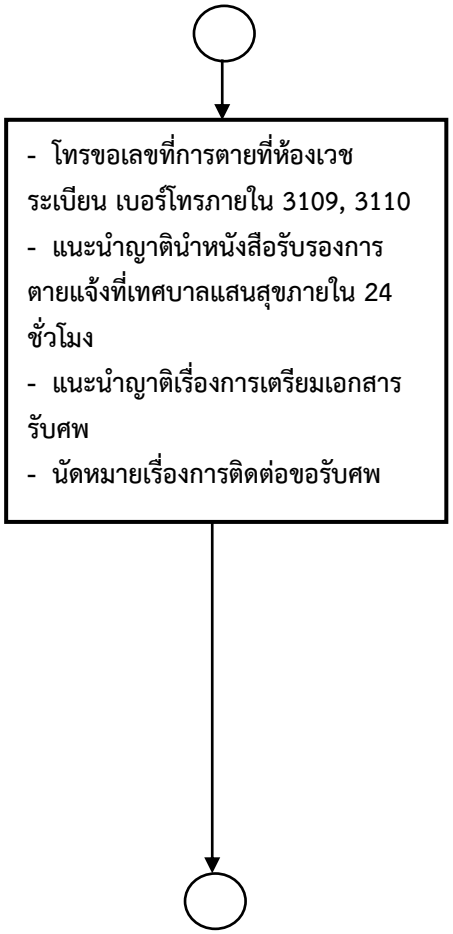
ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
3.		15 นาที	3. ให้ญาติเซ็นหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคองให้ครบถ้วน	- พยาบาลมีทักษะในการพูดคุยสื่อสารกับญาติเรื่องความยินยอมในการรักษาแบบประคับประคอง - เอกสารหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคองมีแนวทางในการเลือกรักษาและลายเซ็นญาติครบถ้วน	- หนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง (ดังภาพที่ 6 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ
4.	**ให้การดูแลแบบองค์รวม** **- บรรเทาอาการเหนื่อย** **- จัดการความเจ็บปวด** **- ดูแลความสุขสบายทั่วไป** **- ดูแลเรื่องความเชื่อ/ศาสนา** **- ดูแล Support จิตใจญาติ**	ตลอดการดูแลผู้ป่วย	4. ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม <u>ด้านร่างกาย</u> : ประเมินอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย - อาการปวด - เหนื่อย/ อ่อนเพลีย - คลื่นไส้อาเจียน - ง่วงซึม/สะลึมสะลือ - เหนื่อยหอบ - อาการสะอึก	- พยาบาลสามารถประเมินอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นได้	- แบบบันทึกความปวด Pain record (ดังภาพที่ 7 ในภาคผนวก ก) - ฟอร์มปรอท (ดังภาพที่ 8 ในภาคผนวก)	พยาบาลวิชาชีพ

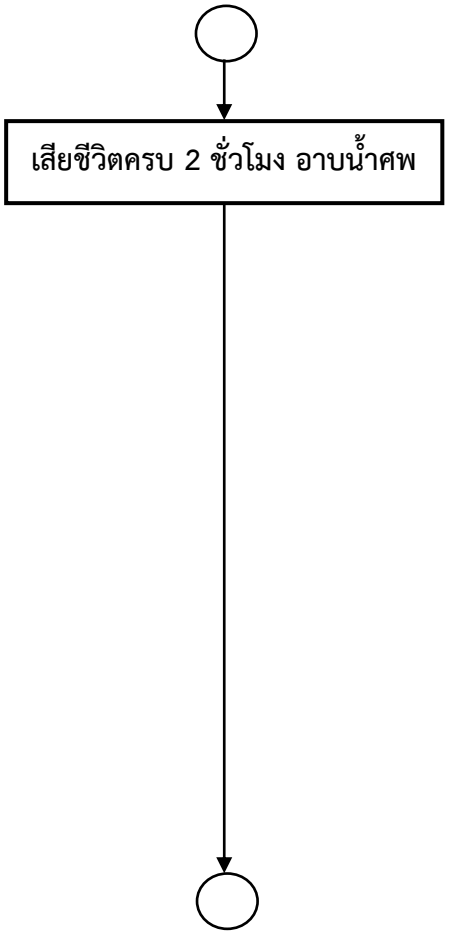
ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
5.		ตลอดการดูแลผู้ป่วย	<u>ด้านการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา</u> ให้การดูแลตามศาสนาที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ 5. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการใช้ยากลุ่ม Opioids - ประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งสังเกตสีหน้าความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ - แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติรับทราบและวิธีการบรรเทาอาการปวด และเหนื่อยโดยใช้ยา Opioids - แจ้งผลเสียและอาการข้างเคียงของยา Opioids ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษา	- พยาบาลเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและญาติได้ประกอบพิธีกรรมตามศาสนาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ - พยาบาลสามารถประเมินระดับความต้องการของผู้ป่วย เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการปวด ได้ว่าควรใช้ยาระดับใด non-opioid, weak opioid หรือ strong opioid	- แบบบันทึกความปวด Pain record (ดังภาพที่ 7 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
6.		15 นาที	6. เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยญาติมีความต้องการใช้ยากลุ่ม Opioids ให้รายงานแพทย์ เพื่อให้แพทย์สั่งยากลุ่ม Opioids ตามแผนการรักษา	- ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม opioid ตามแผนการรักษา และได้รับการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน กดการหายใจ	- ใบคำสั่งการรักษา (ดังภาพที่ 9 ในภาคผนวก ก)	แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ
7.			7. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยใช้มาตรฐานการบริหารยาเสี่ยงสูง - เริ่มให้ยาตามคำสั่งของแพทย์โดยใช้เครื่องปรับสารน้ำ (Infusion pump) - สังเกตอาการของผู้ป่วยขณะได้รับยาและรายงานแพทย์และแจ้งญาติให้รับทราบเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	- รับคำสั่งและบริหารยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์	- ใบบันทึกการให้ยา (ดังภาพที่ 10 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ

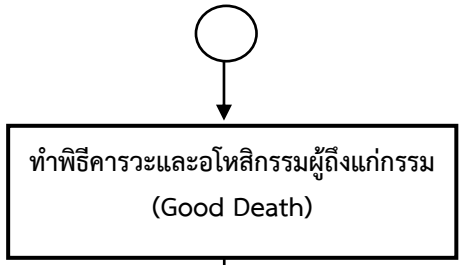
ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
8.		10 นาที	8. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย - ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง - แจ้งผลการวัดสัญญาณชีพผู่ป่วยทุกครั้งให้ญาติรับทราบ - รายงานแพทย์เป็นระยะ ๆ - ลงบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน	- พยาบาลสามารถประเมินสัญญาณชีพได้ - ผู้ป่วยได้รับการติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตามสภาพปัญหาความต้องการในการดูแลอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง และได้รับการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดปัญหา - ลงบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วน	- ฟอร์มปรอท (ดังภาพที่ 8 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ PN/NA
9.		10 นาที	9. กรณีวัดสัญญาณชีพไม่ได้ ให้ทำ EKG เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้ว และรายงานแพทย์เพื่อให้แพทย์ประเมินอาการ	- พยาบาลสามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสามารถประเมินกราฟของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้	- ผลอ่าน EKG (ดังภาพที่ 11 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
10.		30 นาที	10. ขั้นตอนการรายงานแพทย์เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเสียชีวิต - เมื่อวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยไม่ได้แล้วให้โทรรายงานแพทย์ เพื่อให้แพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยอีกครั้ง - แพทย์ประเมินโดยการดูกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจและฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) - จัดสถานที่ให้แพทย์แจ้งการเสียชีวิตของผู้ป่วยแก่ญาติ - เตรียมหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตายให้แพทย์เขียนและช่วยตรวจทานให้แพทย์เขียนให้ถูกต้องและครบถ้วน	- ญาติได้รับการอธิบายถึงแผนการรักษาทุกขั้นตอนจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย - แพทย์ พยาบาลมีทักษะในการสื่อสาร พูดคุย ปลอบใจญาติด้วยความเห็นอกเห็นใจ - แพทย์เขียนหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตาย ได้ถูกต้องและครบถ้วน	- หนังสือรับรองการตาย (ดังภาพที่ 12-13 ในภาคผนวก ก) - แบบรับรองการตาย (ดังภาพที่ 14-15 ในภาคผนวก ก)	แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
11.		15 นาที	11. ขั้นตอนการดำเนินเอกสารจัดการศพ - พยาบาลโทรขอเลขที่การตายที่ห้องเวชระเบียน เบอร์โทรภายใน 3109,3110 - เขียนเลขที่การตายลงในหนังสือรับรองการตาย ตรวจสอบความเรียบร้อยของหนังสือรับรองการตายอีกครั้ง พร้อมทั้งแนะนำญาติเรื่องการแจ้งตายภายใน 24 ชั่วโมงที่เทศบาลแสนสุข (ไม่เว้นวันหยุดราชการ สามารถแจ้งได้ทุกวัน) - แนะนำญาติเรื่องการเตรียมเอกสารในการจัดการศพได้แก่ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประชาชน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับศพอย่างละ 2 ชุด - นัดหมายการติดต่อรับศพกับเจ้าหน้าที่รักษาศพที่ห้องเก็บศพบริเวณด้านหลังตึกศรีนครินทร์	- เอกสารหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตาย ลงบันทึกได้ถูกต้องและครบถ้วน - ญาติได้รับคำแนะนำและสามารถเตรียมเอกสารในการแจ้งตายได้ถูกต้อง	- หนังสือรับรองการตาย (ดังภาพที่ 12-13 ในภาคผนวก ก) - ใบคำแนะนำการเตรียมเอกสารหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (ดังภาพที่ 16 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่รักษาศพ

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
12.		30 นาที	12. ขั้นตอนการอาบน้ำศพ เตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือในการอาบน้ำแต่งศพ ดังนี้ - set ทำแผล ก็อซ สำลีแห้ง พลาสเตอร์ วาสลีน - เสื้อผ้า รองเท้าผู้ป่วย - ชามรูปไตใบใหญ่ - ถุงขยะติดเชื้อ - Forcep อันยาว - ถุงมือสะอาด ขั้นการอาบน้ำแต่งศพ - แจ้งญาติให้ทราบว่าจะเริ่มทำการอาบน้ำแต่งศพ เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการอาบน้ำศพ - ล้างมือให้สะอาด สวมถุงมือ - ถอดอุปกรณ์ในการรักษาทุกชิ้นที่อยู่ในตัวผู้ป่วยออก - ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยผู้ถึงแก่กรรมด้วยความเคารพ	- ผู้ถึงแก่กรรมได้รับการอาบน้ำศพ ตามขนบธรรมเนียม ความเชื่อ ได้รับการดูแลสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการอาบน้ำศพ		พยาบาลวิชาชีพ PN/NA

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
.			- ใช้สำลีอุดตามรูต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ปาก จมูก หู รูทวารและช่องคลอด - กรณีมีอวัยวะเทียม เช่น ฟันปลอม ขาเทียม ให้ใส่อวัยวะเทียมนั้นด้วย - ถ้าผู้ถึงแก่กรรมตาปิดไม่สนิทให้ใช้วาสลีนป้ายและปิดเปลือกตาลง - ให้ใช้ก็อซหรือสำลีแห้งปิดบริเวณที่มีสารคัดหลั่ง - สวมเสื้อผ้าชุดที่เตรียมไว้ ห่มผ้าให้ถึงคอ หวีผมให้เรียบร้อย - ติดป้ายชื่อผู้ป่วยที่ข้อมือซ้าย - กรณีศพติดเชื้อ ห่อด้วยถุงซิปพลาสติก 2 ชั้น			

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
13.			13. เมื่อครบเวลาที่กำหนด ก่อนเคลื่อนย้ายศพ ให้ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม โดยให้ญาติ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเวรทุกคน ยืนข้างเตียงผู้ป่วย ให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้นำกล่าวและทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม - หลังกล่าวคำอโหสิกรรมเสร็จ ให้ทุกคนยืนสงบนิ่งไว้อาลัยแก่ผู้เสียชีวิต 1 นาที - เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจและกล่าวแสดงความเสียใจกับญาติอีกครั้ง	- ผู้ถึงแก่กรรมได้รับการดูแล ตามขนบธรรมเนียมความเชื่อ ได้รับการดูแลสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death) แก่ผู้ถึงแก่กรรมทุกราย	- ใบคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death) (ดังภาพ17 ในภาคผนวก ก)	พยาบาลวิชาชีพ PN/NA
.						
14.	จำหน่ายศพออกจากหอผู้ป่วย		14. เคลื่อนย้ายศพออกจากหอผู้ป่วยไปยังห้องเก็บศพ โดยใช้ลิฟต์ตัวที่ 2	- ปฏิบัติแก่ผู้ถึงแก่กรรมด้วยความเคารพสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	- ใบนำศพออก (ดังภาพ 18 ในภาคผนวก ก)	เจ้าหน้าที่รักษาศพ

3.2 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การใช้ออกซิเจน การใช้ที่นอนลม ไว้ข้างเตียงสำรับรอรับผู้ป่วย

ภาพที่ 3-1 : การเตรียมห้องสำหรับรับผู้ป่วย

2. ซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตอาการผิดปกติ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

ภาพที่ 3-2 : ขั้นตอนการซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วย แรกรับใหม่

3. ประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว ดังรูปภาพที่ 3-3

การใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2) ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), และ POS

เกณฑ์การให้คะแนน PPS =100-70 % (ระยะคงที่), PPS = 60-40% (ระยะเปลี่ยนผ่าน), PPS = 30-10% (ระยะสุดท้าย)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทากิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทากิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทากิจกรรมตามปกติมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทากิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทากิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทากิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทากิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานไม่ได	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต	-	-	-	-

แบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆที่มี ณ เวลาที่ประเมินมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึมอาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ณ. ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล วิตกกังวลมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการง่วงซึมสะลึมสะลือ มีอาการง่วงซึมสะลึมสะลือมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สบายกายและใจเลย
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

หลักเกณฑ์ในการประเมิน POS (แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง)

การประเมินแต่ละครั้ง ต้องห่างกันอย่างน้อย 3 วันใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจานวน 10 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 40 คะแนน ให้เลือกคาตอบ 5 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4

0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1= เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง

2= บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่

4= มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS)	0	1	2	3	4
1.ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือไม					
2.ผู้ป่วยมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูก หรือไม่					
3.ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา หรือไม่					
4. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือ เพื่อนของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือไม่					
5.ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนของผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษามากน้อยเพียงใด					
6. ผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน หรือไม่					
7. ผู้ป่วยมีความรู้สึกซึมเศร้าใจ หรือไม่					
8. ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเอง หรือไม่					
9. ผู้ป่วยเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาล หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่					
10.ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านปัญหาการเงินหรือปัญหาส่วนตัวหรือไม่					
รวมคะแนน POS					

หลักเกณฑ์ในการประเมิน PPS

1. ใช้ประเมินสภาวะผู้ป่วยในขณะนั้นตามความเป็นจริง ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา โดยยึดคอลัมน์ทางซ้ายเป็นหลัก หากคอลัมน์ทางขวาได้คะแนนมากกว่าทางซ้าย จะให้คะแนนตามคอลัมน์ซ้าย
2. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางได้ เช่น คะแนน 65% ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 60% หรือ 70% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถของผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด
3. สามารถใช้ประเมินได้ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล แต่ควรใช้โดยบุคคลากรทางการแพทย์ โดยทั่วไปมักจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์

หลักเกณฑ์ในการประเมิน ESAS

1. ประเมินทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
2. เกณฑ์การให้คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการ 10 หมายถึงมีอาการมาก
3. คะแนนประเมินที่เกินจาก 4 ผู้ป่วยควรได้รับการจัดการโดยการได้รับยา
4. คะแนนประเมิน 1- 3 ความได้รับการดูแลด้านความสุขสบายโดยไม่ต้องใช้ยา

ภาพที่ 3-3 : แบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)

1. ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา

2. เริ่มอ่านจากการคอลัมน์ “การเคลื่อนไหว” แล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่าไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงกว่านี้ได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหว 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40% แต่คะแนนสูงสุดจะต้องเป็น 40% ตามช่องซ้ายสุดเท่านั้น

3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 45% ได้ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 40% หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด

การแปลผลการประเมิน ระดับคะแนน 10-30% คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

<u>ขั้นตอนที่ 2</u> ประเมินความต้องการของญาติในการดูแลแบบประคับประคอง

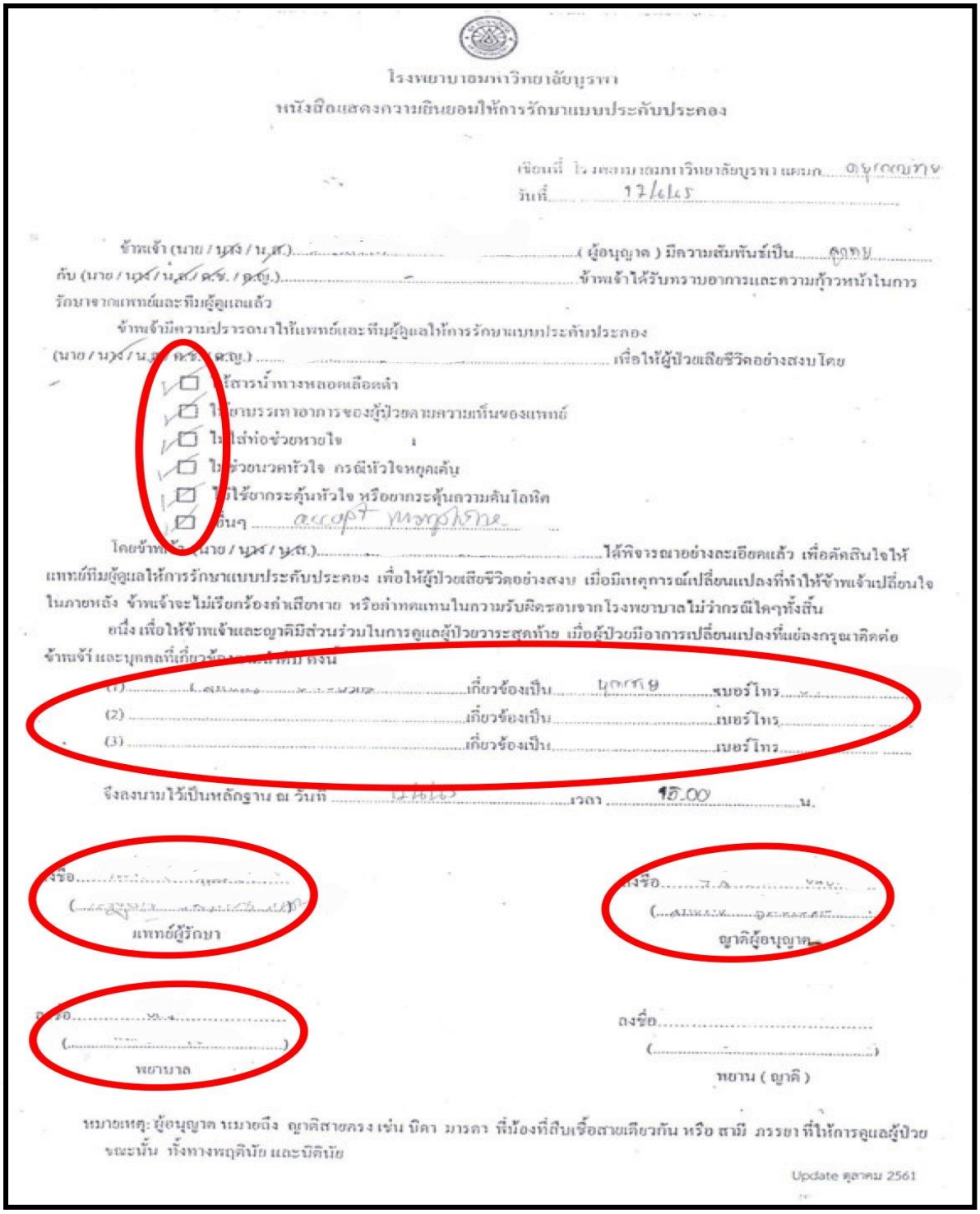
1. นัดหมายเวลาญาติที่มีสิทธิวางแผนการดูแลและร่วมตัดสินใจในการรักษา เพื่อร่วมตัดสินใจในการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

2. แพทย์/พยาบาล แจ้งอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมตัดสินใจในการรักษา

ภาพที่ 3-4 : แพทย์/พยาบาล แจ้งอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยแก่ญาติ

<u>ขั้นตอนที่ 3</u> ให้ญาติเซ็นหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง

- ให้ญาติที่มีสิทธิตัดสินใจในการรักษาเป็นผู้เซ็นหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยเซ็นเอกสารให้ครบถ้วน



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

หนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง

เขียนที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา แผนก ผู้ป่วยนอก

วันที่ 17/6/65

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.) .....(ผู้อนุญาต) มีความสัมพันธ์เป็น คุณพ่อ

กับ (นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ.) .....ข้าพเจ้าได้รับทราบอาการและความก้าวหน้าในการรักษาจากแพทย์และทีมผู้ดูแลแล้ว

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้แพทย์และทีมผู้ดูแลให้การรักษาแบบประคับประคอง

(นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ.) ..... เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบโดย

- ☑ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- ☑ ให้ยาบรรเทาอาการของผู้ป่วยตามความจำเป็นของแพทย์
- ☑ ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☑ ปั๊มหัวใจ กรณีหัวใจหยุดเต้น
- ☑ ใช้ไฟฟ้ากระตุ้นหัวใจ หรือยากระตุ้นความดันโลหิต
- ☑ อื่นๆ ..... ตามอาการ

โดยข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.) .....ได้พิจารณาอย่างละเอียดแล้ว เพื่อตัดสินใจให้แพทย์ทีมผู้ดูแลให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ทำให้ข้าพเจ้าเปลี่ยนใจในภายหลัง ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหาย หรือฟ้องแทนในความรับผิดชอบจากโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น

อนึ่ง เพื่อให้ข้าพเจ้าและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่ลงกรุณาติดต่อข้าพเจ้า และบุคคลที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

(1) .....เกี่ยวข้องเป็น ญาติ .....เบอร์โทร .....

(2) .....เกี่ยวข้องเป็น .....เบอร์โทร .....

(3) .....เกี่ยวข้องเป็น .....เบอร์โทร .....

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน ณ วันที่ 17/6/65 เวลา 18.00 น.

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้รักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ญาติผู้อนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (ญาติ)

หมายเหตุ: ผู้อนุญาต หมายถึง ญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้องที่สืบเชื้อสายเดียวกัน หรือ สามี ภรรยา ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ขณะนั้น ทั้งทางพฤตินัย และนิตินัย

Update ตุลาคม 2561

ภาพที่ 3-5 : หนังสือยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> ให้การดูแลแบบองค์รวม

พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยและให้การพยาบาลให้เกิดความสุขสบาย ดังนี้

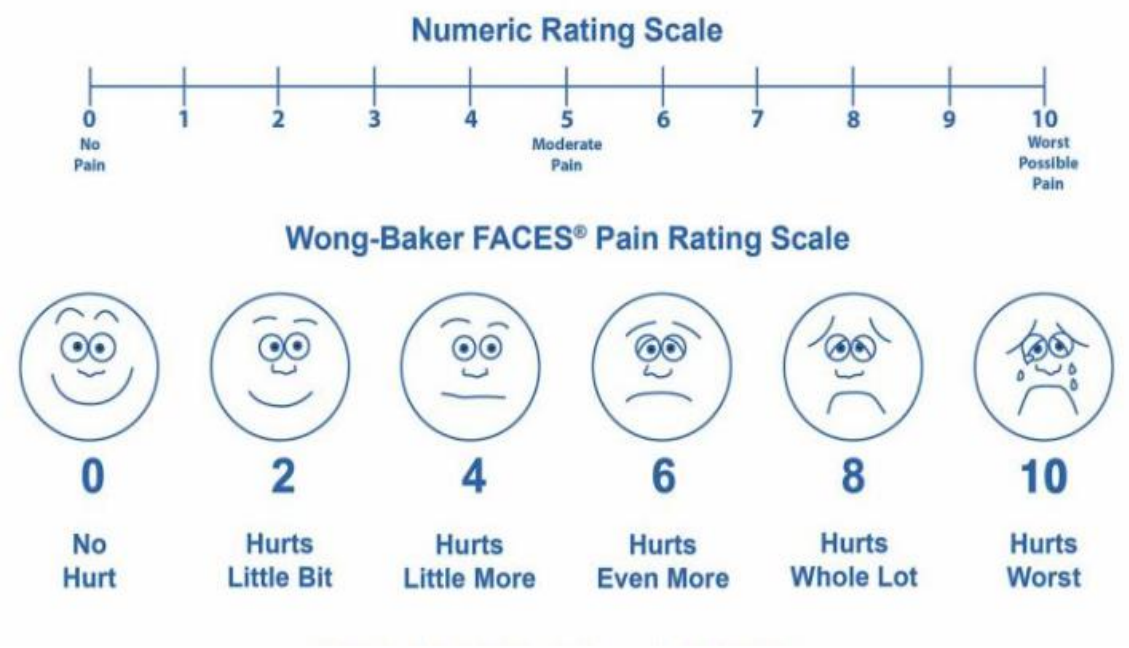
<u>ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้านร่างกาย</u> : ประเมินอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

อาการปวด

1. พยาบาลประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือวัดระดับความปวด ดังนี้

- Numerical rating scale (NRS) : การใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้ ตัวเลขตั้งแต่0 – 10 คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ10 หมายถึงอาการปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมี ใช้ในผู้ป่วยเด็กโต (อายุ > 8 ปี) หรือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่สามารถบอกความเจ็บปวดออกเป็นตัวเลขได้

- Face Scale : ใช้สำหรับประเมินความปวดผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปจนถึง 8 ปี และผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถบอก Numeric Rating scales ได้ เครื่องมือตรวจเป็นรูปหน้าที่มีความสุข เศร้า และร้องไห้ ให้ผู้ป่วยดูรูปภาพและชี้/บอกให้ทราบว่าขณะนี้รู้สึกว่าอาการปวด อยู่ในภาพใด



ภาพที่ 3-6 : ประเมินความปวดแบบ Numerical rating scale และ Face scale

ที่มา : Elana Gordon/ Reassessing the assessment of pain: how the numeric scale became so popular in health care, 2559

การแบ่งค่าระดับความเจ็บปวดแบบ Numeric Rating Scale (NRS) และ Face scale แบ่งออกเป็น 4 ระดับได้ดังนี้

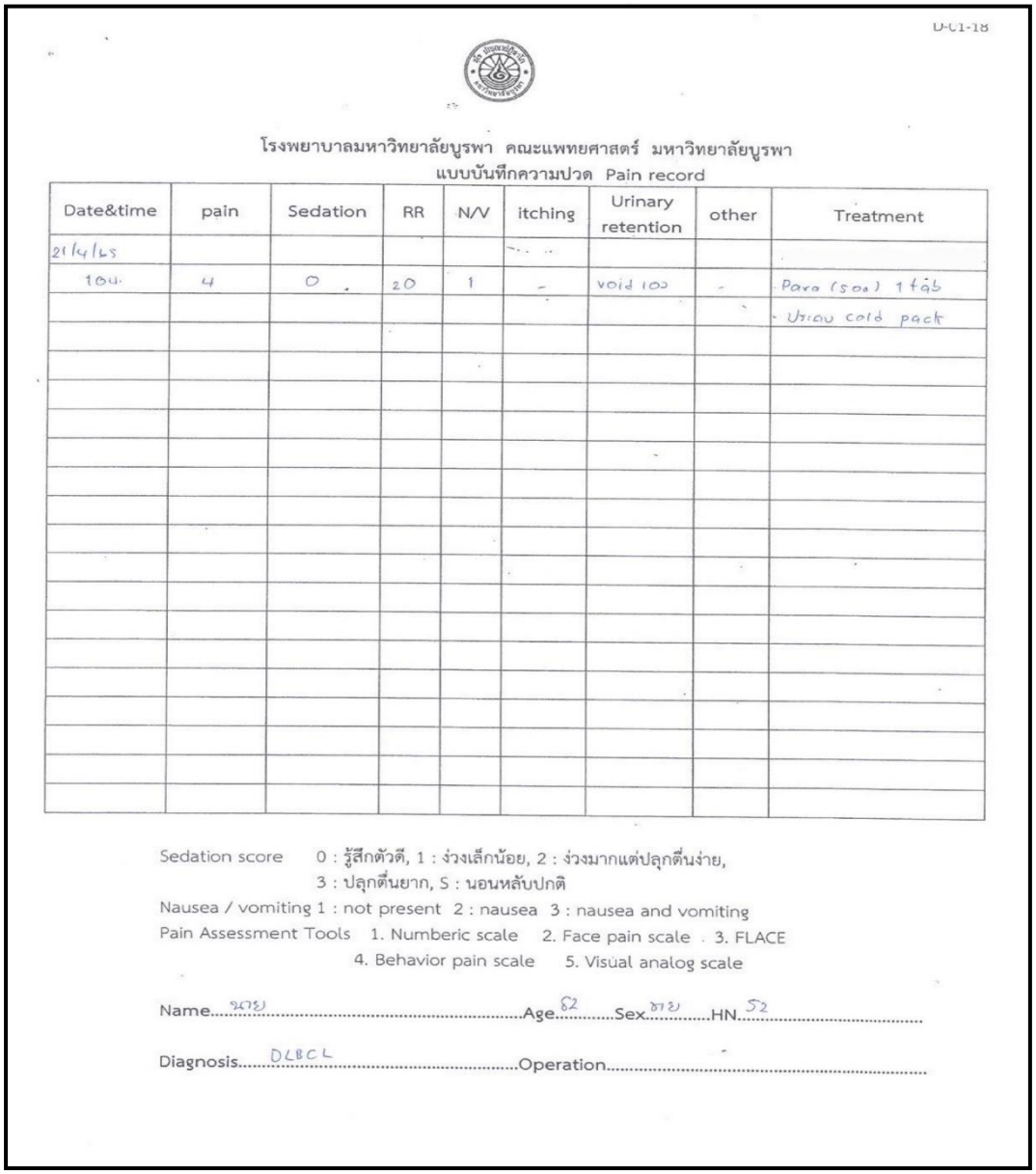
คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย,ขยับตัวก็ไม่ปวด

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอทนได้ นอนเฉย ๆ ไม่ปวด, ขยับแล้วปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลางนอนเฉย ๆ ก็ปวด, ขยับก็ปวด

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้แม้นอนนิ่ง ๆ

1. บันทึกคะแนนระดับความปวดลงในแบบบันทึกความปวด



D-C1-18

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบบันทึกความปวด Pain record

Date&time	pain	Sedation	RR	N/V	itching	Urinary retention	other	Treatment
21/4/65								
10น.	4	0	20	1	-	void ได้	-	Para (500) 1 tab
								- Ubon cold pack

Sedation score 0 : รู้สึกตัวดี, 1 : ง่วงเล็กน้อย, 2 : ง่วงมากแต่ปลุกตื่นง่าย, 3 : ปลุกตื่นยาก, S : นอนหลับปกติ

Nausea / vomiting 1 : not present 2 : nausea 3 : nausea and vomiting

Pain Assessment Tools 1. Numberic scale 2. Face pain scale 3. FLACE 4. Behavior pain scale 5. Visual analog scale

Name.....Age.....Sex.....HN.....

Diagnosis.....Operation.....

ภาพที่ 3-7 แบบบันทึกความปวด Pain record

การรักษาด้วยยา

1. ยากลุ่ม acetaminophen และ non-steroidal antiinflammatory drug (NSAIDS) สามารถให้ได้ในทุกระดับความปวด โดยสามารถให้ตั้งแต่อาการปวดน้อย และใช้ร่วมกับยากลุ่ม opioid เพื่อลดขนาดของยา opioid

ภาพที่ 3-8 : ยากลุ่ม NSAIDs

ที่มา : ศยามล สุขขา/ผลเสียของยา NSAIDs ต่อโรคไตเรื้อรัง และแนวทาง การใช้ยาที่ถูกต้อง, 2560

2. ยากลุ่ม Weak opioid พิจารณาใช้ได้ในระดับความปวดน้อยถึงปานกลาง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Tramadol และ codeine

ภาพที่ 3-9 : ยากลุ่ม Weak opioid : Tramadol
ที่มา : โรงพยาบาลอุดรธานี/ระบบยา ในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care, (2555)

3. ยากลุ่มStrong opioid ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง

ภาพที่ 3-10 : มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว Morphine IR 10 mg
ที่มา : ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี, (2561)

ภาพที่ 3-11 : มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน Morphine MST 10 mg
ที่มา : ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี, (2561)

ภาพที่ 3-12 : มอร์ฟีนชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน Kapanol 20 mg
ที่มา : ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี, (2561)

ภาพที่ 3-13 : มอร์ฟีนชนิดน้ำ

ที่มา : ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี, (2561)

ภาพที่ 3-14 : เฟนทานิลชนิดแผ่นแปะ

ที่มา : ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี, (2561)

ภาพที่ 3-15 : Strong opioid (Morphine 1:1 vein drip)

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

1. การนวด (massage) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดทั่งร่างกาย

ภาพที่ 3-16 : การนวดเพื่อบรรเทาปวด/ผ่อนคลาย

ที่มา : https://www.nextavenue.org/comfort-hospice-massage-lifes-end/

เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2565

2. การใช้ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) ถ้าเกิดการบาดเจ็บเฉียบพลันร่วมกับเกิดอาการบวมขึ้นควรเลือกใช้ความเย็น เพราะความเย็นจะช่วยลดบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการเรื้อรังหรือปวดตึงกล้ามเนื้อ ควรใช้ความร้อนเพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ

ภาพที่ 3-17 : การประคบร้อนและประคบเย็นที่ถูกต้อง
ที่มา : วนาพรรณ ชื่นอิ่ม/การประคบร้อนและประคบเย็นที่ถูกต้อง, 2561

อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย

การพยาบาล

- ช่วยดูแลเพิ่มแคลอรีของอาหารด้วยการรับประทาน หรือให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือด
- กรณีมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นให้จำกัดกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกเดิน การเข้าห้องน้ำ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การพักผ่อน อย่างเพียงพอ และกรณีเหนื่อยให้ออกซิเจนร่วมด้วย

อาการคลื่นไส้ อาเจียน

การพยาบาล

- การรักษาโดยใช้ยา: domperidone, prochlorperazine, metoclopramnide, ondansetron, granisetron,
- การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มช้า ๆ บ่อยๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศสดชื่น

อาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ

การพยาบาล

- รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบในกรณีที่เป็นผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioid ให้ลดขนาดยาลงหรืออาจจำเป็นต้องใช้ methylphenidate เพื่อกระตุ้นระบบประสาทซึ่งอาจจะไม่สามารถแก้ไขได้ในกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

อาการเหนื่อยหอบ

การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายจะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดท่าเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้นและเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ควรใช้ท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's or semi sitting position)

การพยาบาล

ท่าทางการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมตามความเหมาะสมช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดอาการหายใจลำบาก เช่น นอนหงายแขนแนบข้างลำตัวสูดลมหายใจเข้าลึกๆ พร้อมกับยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้น และยกแขนลงพร้อมกับหายใจออกช้า ๆ ทางปาก

การฝึกหายใจโดยการห่อปาก (pursed-lip breathing เป็นการบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม สามารถลดอาการเหนื่อยได้ และจะช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลม และป้องกันปอดแฟบเริ่มจากจัดท่านอนหงาย หนุนหมอน และชันเข่า 2 ข้าง หรือนั่งเก้าอี้ในท่า

ผ่อนคลาย โน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อยผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 34 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดเป่าลมออกให้ช้า และยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (diaphragmatic breathing) เป็นการฝึกหายใจที่ใช้กำลังน้อยที่สุดและได้ลมเข้าออกปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ เริ่มจากผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณกลางอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ขณะหายใจเข้าท้องป่องออกจนรู้สึกว่ามือที่วางบริเวณท้องเคลื่อนสูงขึ้น หายใจออกทางปากหน้าท้องจะยุบลง

อาการสะอึก

<u>การพยาบาล</u>

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ เช่น ลดภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง จิบน้ำเย็น เป่าลมใส่ถุงกระดาษเพื่อเพิ่มปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ หรือกลั้นหายใจ ทำให้ตกใจ และให้ยากลุ่ม corticosteroid เช่น dexamethasone, prednisolone ให้ยากลุ่ม antipsychotics เช่น haloperidol, chlorpromazine ให้ยากลุ่ม muscle relaxants เช่น baclofen

ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม : <u>ด้านการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา</u>

ให้การดูแลตามศาสนาที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ

1. การดูแลตามหลักพุทธศาสนา
2. การดูแลตามหลักศาสนาอิสลาม
3. การดูแลตามหลักศาสนาคริสต์

<u>ขั้นตอนที่ 5</u> ประเมินความต้องการในการใช้ยา Opioids

ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการใช้ยากลุ่ม Opioids

- ประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งสังเกตสีหน้าความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
- แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติรับทราบและแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวด และเหนื่อยโดยใช้ยากลุ่ม Opioids
- แจ้งผลเสียและอาการข้างเคียงของยา Opioids ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษา

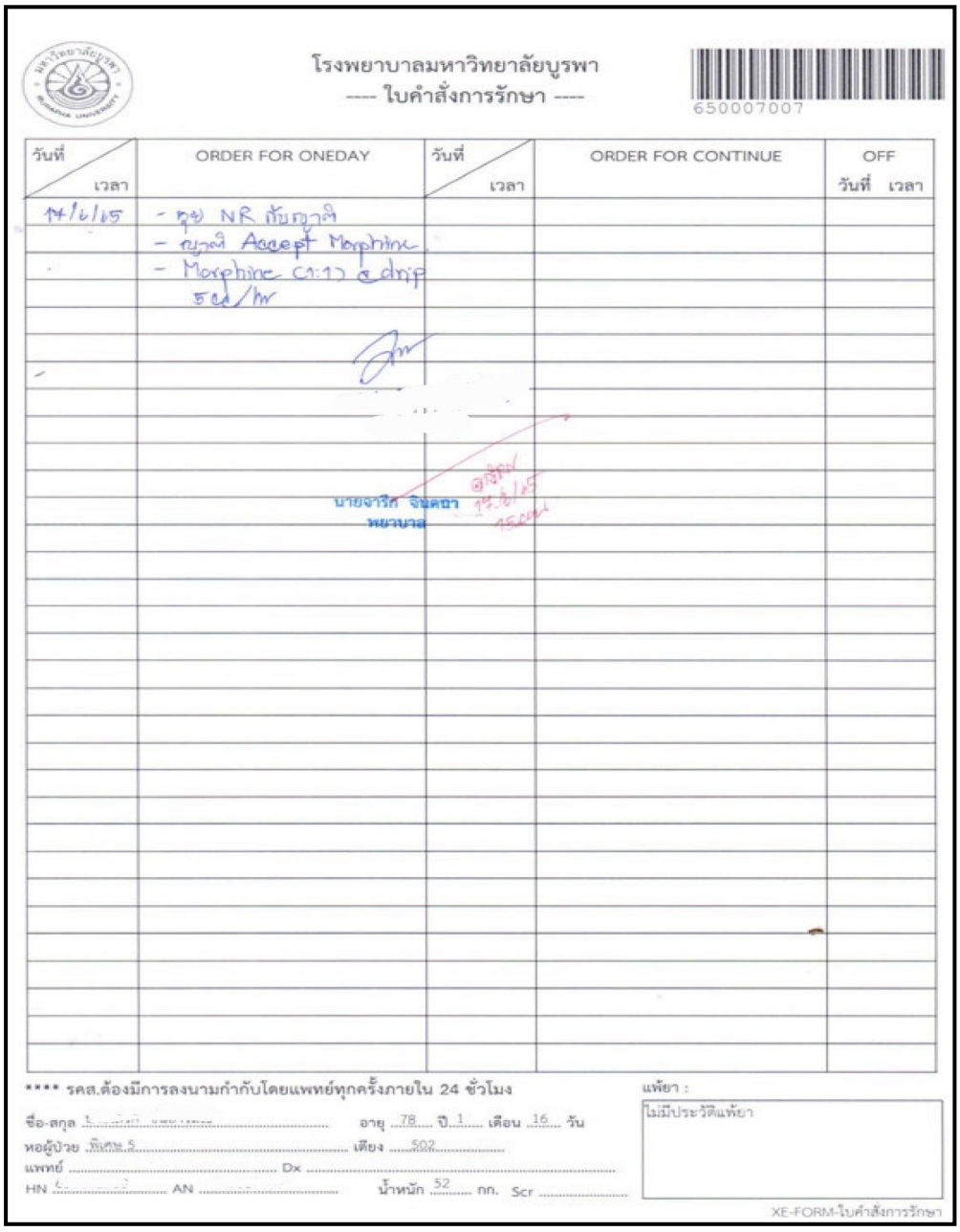
<u>ขั้นตอนที่ 6</u> รายงานแพทย์

พยาบาลวิชาชีพรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วย/ญาติ ตัดสินใจรักษาโดยการใช้ยากลุ่ม Opioids

<u>ขั้นตอนที่ 7</u> ให้ยากลุ่ม Opioids ตามแผนการรักษา

เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยญาติมีความต้องการใช้ยากลุ่ม Opioids ให้รายงานแพทย์ เพื่อให้แพทย์สั่งยากลุ่ม Opioids ตามแผนการรักษา

- รับคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยใช้มาตรฐานการบริหารยาเสี่ยงสูง
- เริ่มให้ยาตามคำสั่งของแพทย์ โดยใช้เครื่องปรับสารน้ำ (Infusion pump)
- สังเกตอาการของผู้ป่วยขณะได้รับยาและรายงานแพทย์และแจ้งญาติให้รับทราบเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
---- ใบคำสั่งการรักษา ----

650007007

วันที่ / เวลา	ORDER FOR ONEDAY	วันที่ / เวลา	ORDER FOR CONTINUE	OFF วันที่ เวลา
14/6/65	- ญ4) NR เข้ญาติ - ญาติ Accept Morphine - Morphine CI:1) @ drip 5 cc/hr			

นายจารึก จันดยา พยาบาล

**** รคส.ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้งภายใน 24 ชั่วโมง

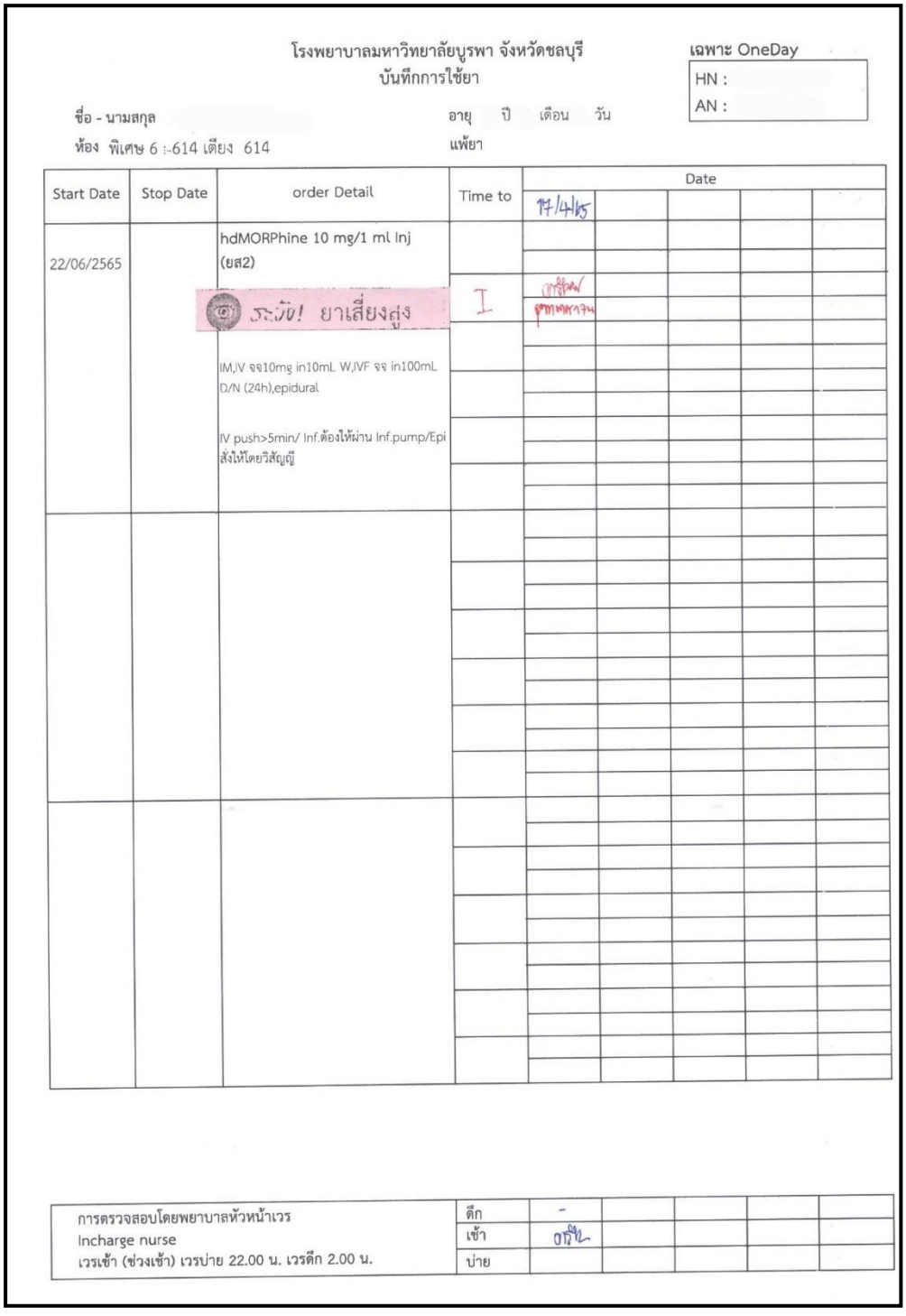
ชื่อ-สกุล ... อายุ 78 ปี 1 เดือน 16 วัน
หอผู้ป่วย พิเศษ 5 เตียง 502
แพทย์ ... Dx ...
HN ... AN ... น้ำหนัก 52 กก. Scr ...

แพ้ยา : ไม่มีประวัติแพ้ยา

XE-FORM-ใบคำสั่งการรักษา

ภาพที่ 3-18 : แผนการรักษาของแพทย์ให้ยากลุ่ม Strong opioid

- เตรียมยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยข้างขวดยาให้ติดสติกเกอร์ชื่อผู้ป่วย ชนิดของยา วันที่เตรียมยา ลงชื่อผู้ให้ยา ลงบนฉลากสีชมพู
- บริหารยา Strong opioid ผ่านทาง Infusion pump
- ลงบันทึกการให้ยาลงในใบบันทึกการให้ยา



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
บันทึกการใช้ยา

เฉพาะ OneDay
HN :
AN :

ชื่อ - นามสกุล อายุ ปี เดือน วัน
ห้อง พิเศษ 6 :-614 เตียง 614 แพ้ยา

Start Date	Stop Date	order Detail	Time to	Date
22/06/2565		hdMORPhine 10 mg/1 ml Inj (ยส2) ระวัง! ยาเสี่ยงสูง IM,IV จจ10mg in10mL W,IVF จจ in100mL D/N (24h),epidural IV push>5min/ Inf.ต้องให้ผ่าน Inf.pump/Epi สั่งให้โดยวิสัญญี	I	17/4/65

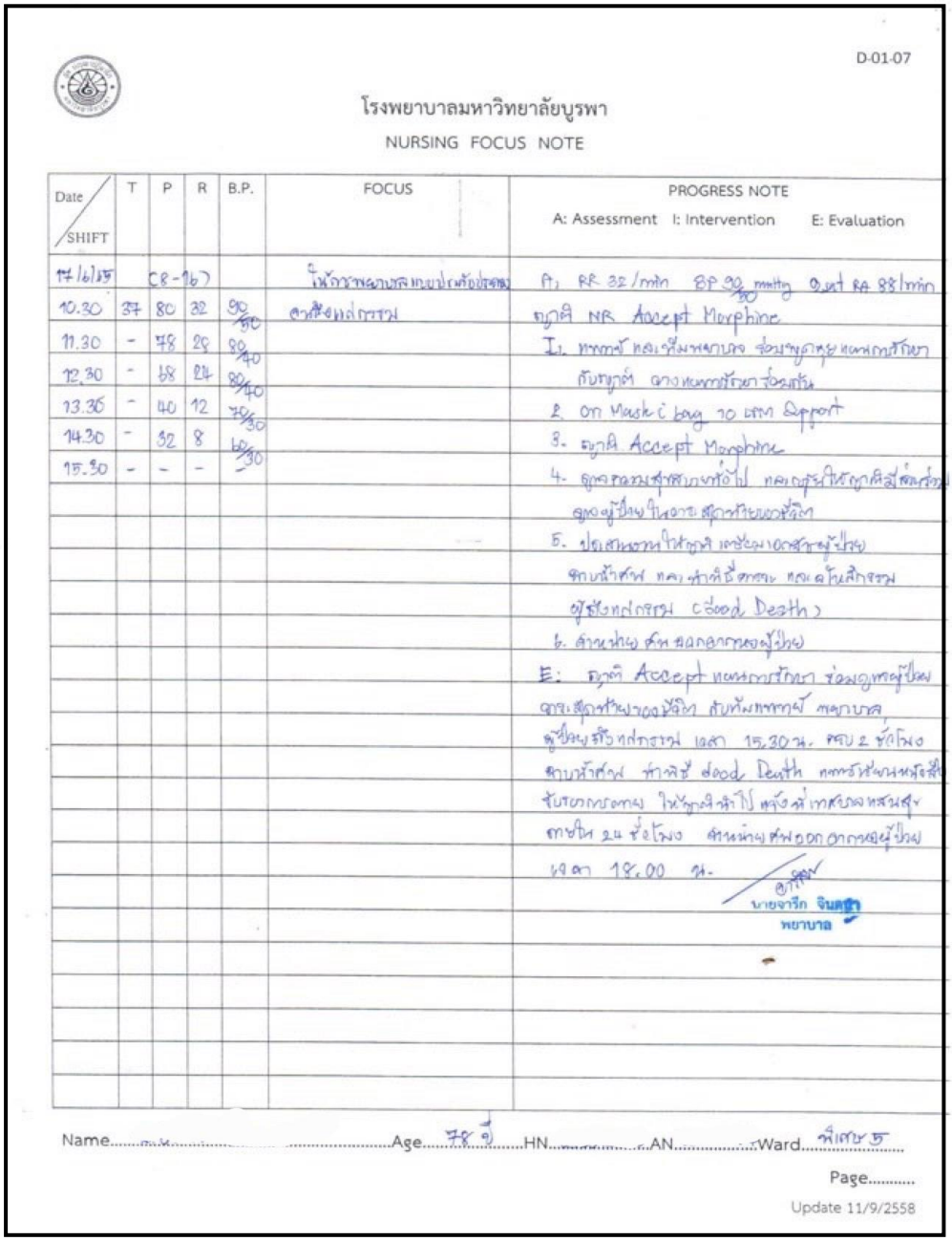
การตรวจสอบโดยพยาบาลหัวหน้าเวร Incharge nurse เวรเช้า (ช่วงเช้า) เวรบ่าย 22.00 น. เวรดึก 2.00 น.	ดึก	-
	เช้า	
	บ่าย	

ภาพที่ 3-19 : ใบบันทึกการให้ยา

<u>ขั้นตอนที่ 8</u> ประเมิน V/S ทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย

- ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง
- แจ้งผลการวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยทุกครั้งให้ญาติรับทราบ
- รายงานแพทย์เป็นระยะ ๆ
- ลงบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน



D-01-07

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

NURSING FOCUS NOTE

Date / SHIFT	T	P	R	B.P.	FOCUS	PROGRESS NOTE A: Assessment I: Intervention E: Evaluation
17/6/58		(8-16)			ให้การพยาบาลตามปกติของหอ	
10.30	37	80	32	90/50	ความเจ็บปวด	
11.30	-	78	28	80/40		
12.30	-	68	24	80/40		
13.30	-	40	12	70/30		
14.30	-	32	8	60/30		
15.30	-	-	-	-		

Name.....Age.....HN.....AN.....Ward.....

Page.....

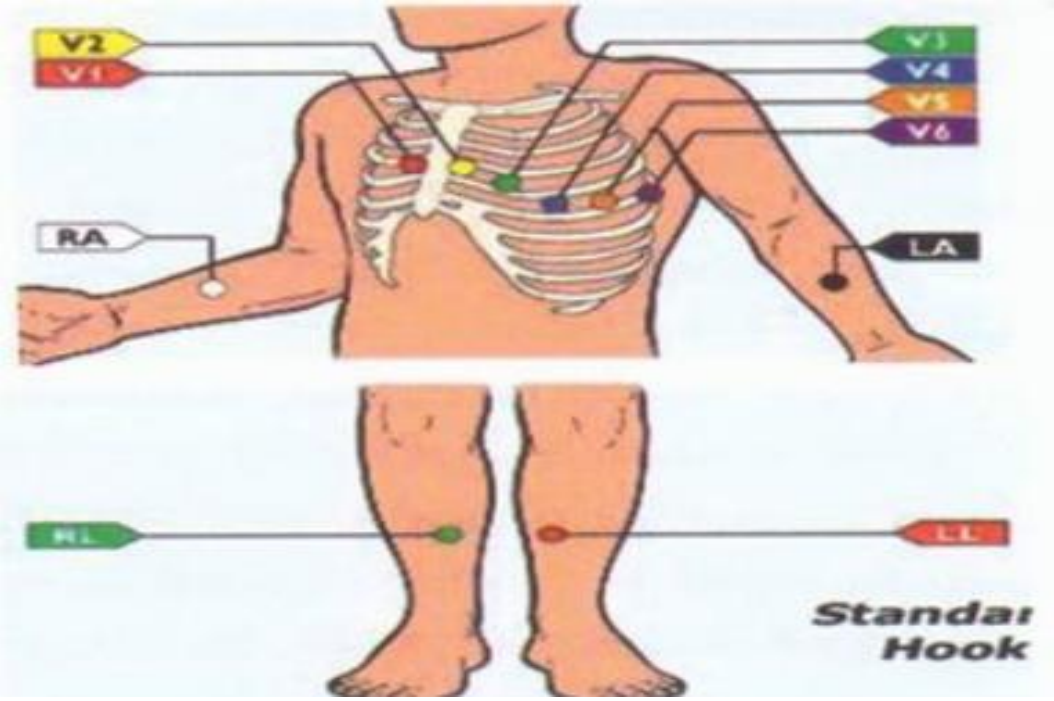
Update 11/9/2558

ภาพที่ 3-20 : แบบบันทึกทางการพยาบาล

<u>ขั้นตอนที่ 9</u> ทำ EKG เพื่อประเมินผู้ป่วยเสียชีวิต

กรณีวัดสัญญาณชีพไม่ได้ ให้ทำ EKG เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้ว และรายงานแพทย์เพื่อให้แพทย์ประเมินอาการ

<u>ตำแหน่งการตรวจ EKG</u>



ภาพที่ 3-21 : ตำแหน่งการตรวจ EKG

ที่มา : คู่มือการการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG) ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล สถานพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2556)

V1 ช่องซี่โครงที่ 4ด้านขวาของกระดูกสันอก ใช้สีแดง

V2 ช่องซี่โครงที่ 4 ด้านซ้ายของกระดูกสันอก ใช้สีเขียว

V3 กึ่งกลางระหว่างเส้นต่อ V2 และ V4 ใช้สีเหลือง

V4 ช่องซี่โครงที่ 5 ตรงแนวกึ่งกลางของกระดูกไหปลาร้า ใช้สีน้ำตาล

V6 ช่องซี่โครงที่ 5 ตรงแนวขอบหน้าของรักแร้ซ้าย ใช้สีดำ

V6 ช่องซี่โครงที่ 5 ในแนวรักแร้ซ้าย ใช้สีม่วง

ขั้วต่อบริเวณแขนและขา

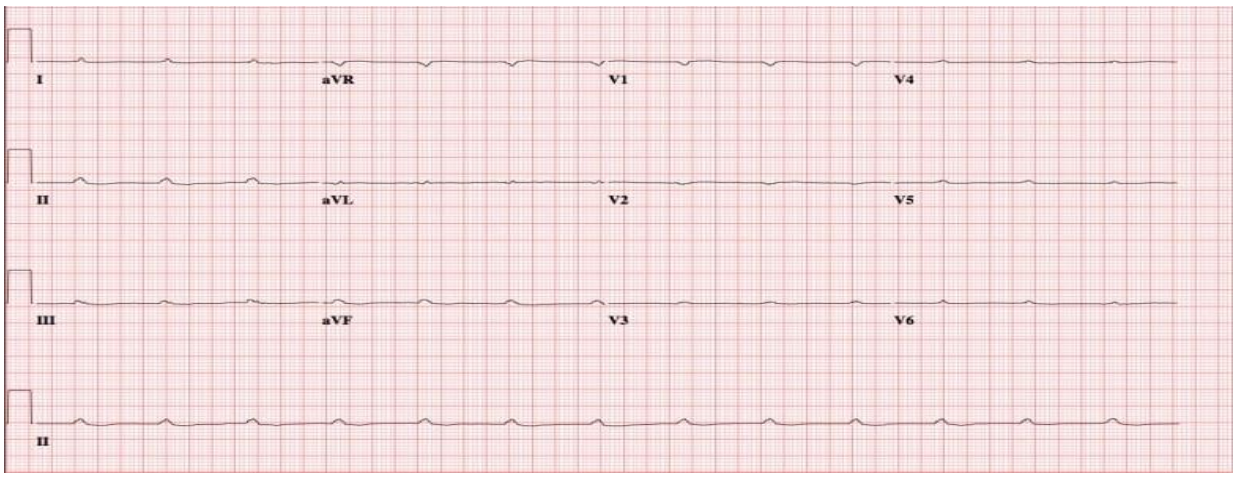
ภาพที่ 3-22 : ขั้วต่อบริเวณแขนและขา

ที่มา : สถานพยาบาลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์/คู่มือการการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, 2556

จุกติดบริเวณหน้าอก

ภาพที่ 3-23 : จุกติดบริเวณหน้าอก

ที่มา : สถานพยาบาลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์/คู่มือการการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, 2556

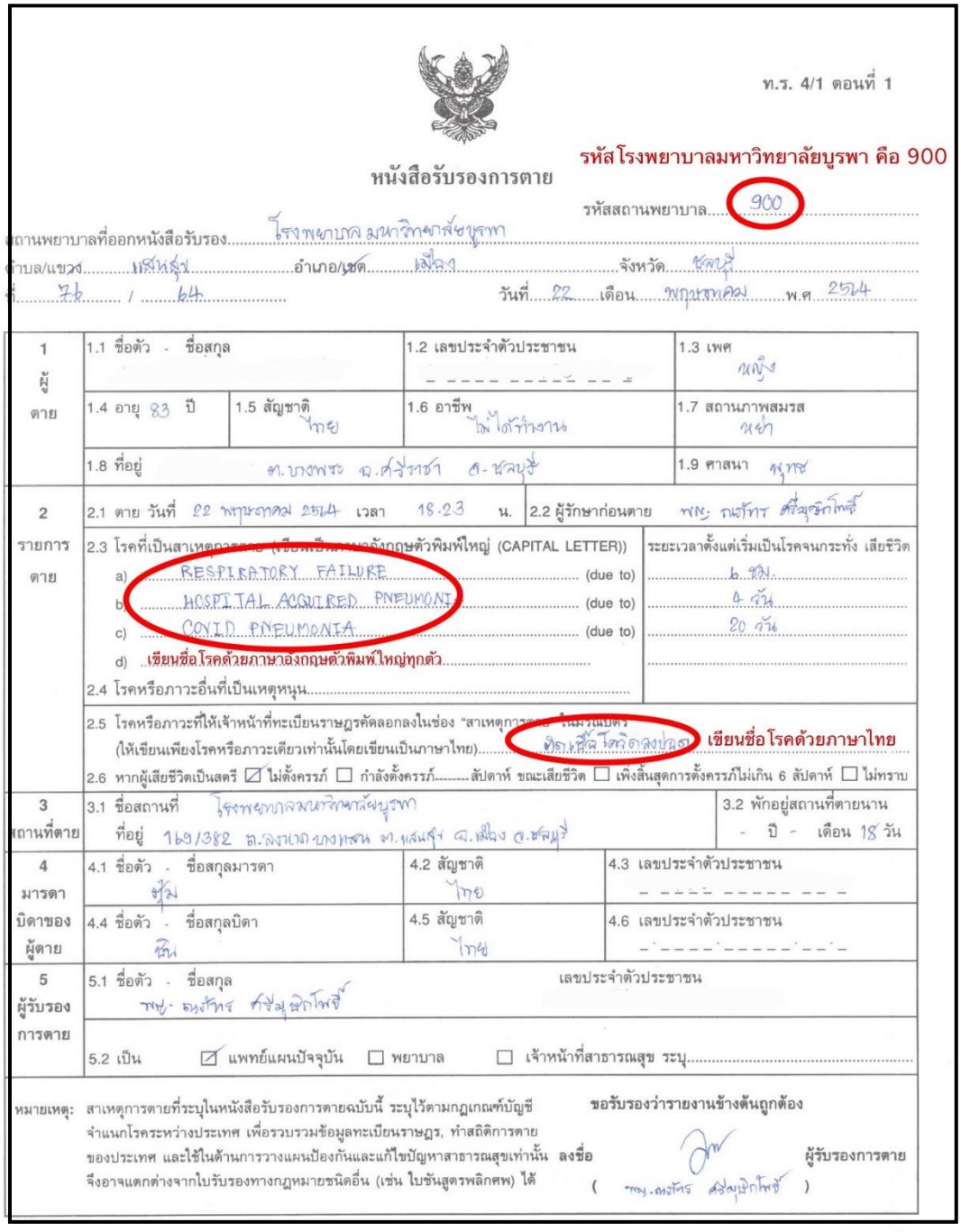


ภาพที่ 3-24 : กราฟ EKG Cardiac Asystole

<u>ขั้นตอนที่ 10</u> เมื่อพบผู้ป่วยไม่มีสัญญาณชีพให้รายงานแพทย์

พยาบาลรายงานแพทย์เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเสียชีวิต

- แพทย์ประเมินโดยการดูกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) แจ้งการเสียชีวิตของผู้ป่วยแก่ญาติ
- เตรียมหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตายให้แพทย์เขียน และช่วยตรวจทานให้แพทย์เขียนให้ถูกต้องและครบถ้วน



ท.ร. 4/1 ตอนที่ 1

รหัสโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คือ 900

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล 900

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา

ตำบล/แขวง แสนสุข อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด ชลบุรี

ที่ 76 / 64 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

1 ผู้ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ ชาย
	1.4 อายุ 83 ปี	1.5 สัญชาติ ไทย	1.6 อาชีพ ไม่ได้ทำงาน	1.7 สถานภาพสมรส หย่า
	1.8 ที่อยู่ ต.บางพระ อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี			1.9 ศาสนา พุทธ
2 รายการตาย	2.1 ตาย วันที่ 22 พฤษภาคม 2564 เวลา 18.23 น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย พญ. ณธีกานต์ ศรีสุชีกโพธิ์	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a) RESPIRATORY FAILURE (due to)			6 วัน
	b) HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONI (due to)			4 วัน
	c) COVID PNEUMONIA (due to)			20 วัน
	d) เขียนชื่อโรคด้วยภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ทุกตัว			
	2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน			
	2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในสูติบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย) ติดเชื้อโควิดลงปอด เขียนชื่อโรคด้วยภาษาไทย			
	2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☑ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ			
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่อยู่ 169/382 ถ.ลงเขาบางพระ ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน - ปี - เดือน 18 วัน
4 มารดาบิดาของผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา สุ่ม	4.2 สัญชาติ ไทย	4.3 เลขประจำตัวประชาชน	
	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา ชิน	4.5 สัญชาติ ไทย	4.6 เลขประจำตัวประชาชน	
5 ผู้รับรองการตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล พญ. ณธีกานต์ ศรีสุชีกโพธิ์		เลขประจำตัวประชาชน	
	5.2 เป็น ☑ แพทย์แผนปัจจุบัน ☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....			

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศ และใช้ในด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้

ขอรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง

ลงชื่อ (พญ.ณธีกานต์ ศรีสุชีกโพธิ์) ผู้รับรองการตาย

ภาพที่ 3-25 : การเขียนหนังสือรับรองการตาย

E-02-01

แบบรายงานการตาย

สถานบริการชื่อ...โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

1. ข้อมูลผู้ตาย

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

ผู้ตายชื่อ – สกุล (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.).....

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

วันเดือนปีเกิด.....วันเดือนปีที่ตาย.....เวลา.....น.

( ) เกิดไร้ชีพ

อายุ

(กรอกเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่ง)

ปีเต็ม	ถ้า < 1 ปี		ถ้า < 24 ชม.	
	เดือน	วัน	ชม	นาที

สัญชาติ ( ) 1. ไทย ( ) 2.อื่นๆ ระบุ.....( ) 3. ไม่ทราบ

สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หย่า ( ) 4. หม้าย ( ) 5. แยกกันอยู่ ( ) 6. ไม่ทราบ

อาชีพหลัก.....(ให้ระบุรายละเอียดของอาชีพร่วมด้วย เช่น ทำนาข้าว ทำไร่ ลูกจ้างไร่อ้อย ค้าขายอาหาร เจ้าของโรงงานทำปูนขาว รับจ้างขับรถบรรทุกข้ามจังหวัด)

ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

2. ชื่อสกุลบิดามารดา

บิดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

3. สถานที่ตาย

( ) 1. ตายในสถานพยาบาล ชื่อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ( ) 2. ตายนอกสถานพยาบาล

4. ผู้รักษาก่อนตาย

( ) 1. ไม่มี ( ) 2. แพทย์แผนปัจจุบัน ( ) 3. แพทย์แผนโบราณ ( ) 4.อื่นๆระบุ.....( ) 5.ไม่ทราบ

5. ประวัติการเจ็บป่วยและเหตุการณ์ที่นำไปสู่การตาย

5.1 อาการหลักก่อนเสียชีวิต (ระบุรายละเอียดระยะเวลาที่เกิดอาการตามลำดับก่อนหลัง*ถ้าเขียนไม่พอใช้กระดาษธรรมดาเขียนเพิ่มเติมและเย็บติดไว้)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาพที่ 3-26 : แบบรายงานการตายหน้า 1

( ) 1. สูบบุหรี่มานาน.....ปี ( ) 2. หยุดสูบบุหรี่.....ปี.....เดือน ( ) 3. ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

5.2 เคยไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ ( ) ไม่เคย

( ) เคย โรงพยาบาล.....HN.....AN.....

โรงพยาบาล..... HN.....AN.....

5.3 ข้อมูลประวัติการรักษาในโรงพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.4 ข้อมูลไม่เพียงพอ จะต้องค้นประวัติเพิ่มเติมจาก

รพ.....จังหวัด.....

รพ.....จังหวัด.....

6. กรณีเป็นหญิงอายุ 15 – 49 ปี

( ) 1. ตั้งครรภ์หลังคลอดภายใน 42 วัน ( ) 2. ไม่ได้ตั้งครรภ์/คลอด ( ) 3. ไม่ทราบ

7. โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่ CAPITAL LETTER) ห้ามใช้คำย่อ

	ชื่อโรค	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต
a)	.....(due to)	.....
b)	.....(due to)	.....
c)	.....(due to)	.....
d)	.....(due to)	.....

7.1 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....

8. คำรับรองของผู้ให้ข้อมูลการตาย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำให้การของข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ

ความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....

Update มิย.2559

ภาพที่ 3-27 : แบบรายงานการตายหน้า 2

<u>ขั้นตอนที่ 11</u> ให้คำแนะนำญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

- พยาบาลโทรขอเลขที่การตายที่ห้องเวชระเบียน เบอร์โทรภายใน 3109, 3110
- เขียนเลขที่การตายลงในหนังสือรับรองการตาย ตรวจสอบความเรียบร้อยของหนังสือรับรองการตายอีกครั้ง พร้อมทั้งแนะนำญาติเรื่องการแจ้งตายภายใน 24 ชั่วโมงที่เทศบาลแสนสุข (ไม่เว้นวันหยุดราชการ สามารถแจ้งได้ทุกวัน)
- แนะนำญาติเรื่องการเตรียมเอกสารในการจัดการศพ ได้แก่ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประชาชน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับศพอย่างละ 2 ชุด
- นัดหมายเรื่องการติดต่อขอรับศพ ติดต่อเจ้าหน้าที่รักษาศพ เพื่อขอรับศพที่ห้องเก็บศพบริเวณด้านหลังตึกศรีนครินทร์
- แนะนำญาติต้องพักศพไว้ที่หอผู้ป่วยเป็นเวลา 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนการเตรียมในผู้ป่วยเสียชีวิต

1.สำเนาบัตรประชาชน ผู้ป่วย 1 ชุด / ญาติ 1 ชุด
2.สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ป่วย 1 ชุด / ญาติ 1 ชุด
3.ญาติต้องการฉีดฟอร์มาลีนหรือไม่ (ถ้านำไปใส่โลงเย็นไม่ต้องฉีด เว้นแต่ญาติต้องการ)
4.ญาติเตรียมเสื้อผ้า รองเท้า
5.หลังผู้ป่วยเสียชีวิตจะต้องอยู่ที่หอผู้ป่วย 2 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่จะอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าให้
6.เจ้าหน้าที่ห้องเย็นจะขึ้นมารับ (ญาตินัดเวลารับผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่)
7.เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจะออกหนังสือรับรองการตายให้ญาตินำไปแจ้งตายเพื่อรับใบมรณะบัตรที่เทศบาลเมืองแสนสุข

ภาพที่ 3-28 : แสดงเอกสารขั้นตอนการเตรียมในผู้ป่วยเสียชีวิต

<u>ขั้นตอนที่ 12</u> เสียชีวิตครบ 2 ชั่วโมง อาบน้ำศพ

ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำศพ

เตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือในการอาบน้ำแต่งศพ ดังนี้

- set ทำแผล ก็อซ สำลีแห้ง พลาสเตอร์ วาสลีน
- เสื้อผ้า รองเท้าผู้ป่วย
- ชามรูปไตใบใหญ่
- ถุงขยะติดเชื้อ
- Forcep อันยาว
- ถุงมือสะอาด

ภาพที่ 3-29 : ตะกร้าใส่อุปกรณ์อาบน้ำศพ

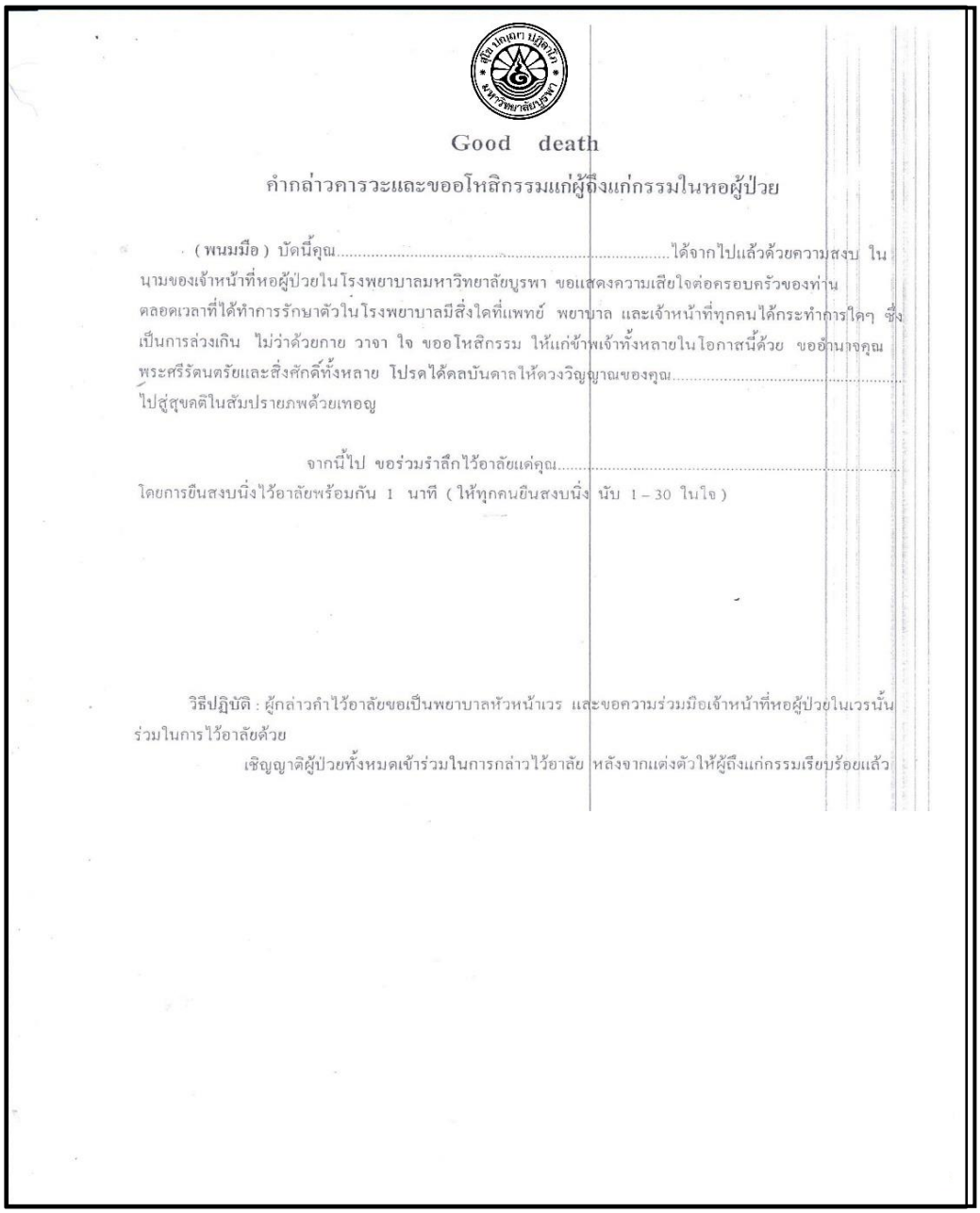
ขั้นการอาบน้ำแต่งศพ

- แจ้งญาติให้ทราบว่าจะเริ่มทำการอาบน้ำแต่งศพ เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการอาบน้ำศพ
- ล้างมือให้สะอาด สวมถุงมือ
- ถอดอุปกรณ์ในการรักษาทุกชิ้นที่อยู่ในตัวผู้ป่วยออก
- ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยผู้ถึงแก่กรรมด้วยความเคารพ
- ใช้สำลีอุดตามรูต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ปาก จมูก หู รูทวาร และช่องคลอด
- กรณีมีอวัยวะเทียม เช่น ฟันปลอม ขาเทียม ให้ใส่อวัยวะเทียมนั้นด้วย
- ถ้าผู้ถึงแก่กรรมตาปิดไม่สนิทให้ใช้วาสลีนป้ายและปิดเปลือกตาลง
- ให้ใช้ก็อซหรือสำลีแห้งปิดบริเวณที่มีสารคัดหลั่ง
- สวมเสื้อผ้าชุดที่เตรียมไว้ ห่มผ้าให้ถึงคอ หวีผมให้เรียบร้อย
- ติดป้ายชื่อผู้ป่วยที่ข้อมือซ้าย
- กรณีศพติดเชื้อ ห่อด้วยถุงซิปลาสติก 2 ชั้น

<u>ขั้นตอนที่ 13</u> ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)

เมื่อครบเวลาที่กำหนด ก่อนเคลื่อนย้ายศพ ให้ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม โดยให้ญาติ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเวรทุกคน ยืนข้างเตียงผู้ป่วย ให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้นำกล่าวและทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม

- หลังกล่าวคำอโหสิกรรมเสร็จ ให้ทุกคนยืนสงบนิ่งไว้อาลัยแก่ผู้เสียชีวิต 1 นาที
- เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจและกล่าวแสดงความเสียใจกับญาติอีกครั้ง



Good death

คำกล่าวคารวะและขออโหสิกรรมแก่ผู้ถึงแก่กรรมในหอผู้ป่วย

(พนมมือ) บัดนี้คุณ.....ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ขอแสดงความเสียใจต่อครอบครัวของท่าน ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ ขออโหสิกรรม ให้แก่ข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์ทั้งหลาย โปรดได้ดลบันดาลให้ดวงวิญญาณของคุณ..... ไปสู่สุขคติในสัมปรายภพด้วยเทอญ

จากนี้ไป ขอร่วมรำลึกไว้อาลัยแด่คุณ.....

โดยการยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที (ให้ทุกคนยืนสงบนิ่ง นับ 1 – 30 ในใจ)

วิธีปฏิบัติ : ผู้กล่าวคำไว้อาลัยขอเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในเวรนั้นร่วมในการไว้อาลัยด้วย

เชิญญาติผู้ป่วยทั้งหมดเข้าร่วมในการกล่าวไว้อาลัย หลังจากแต่งตัวให้ผู้ถึงแก่กรรมเรียบร้อยแล้ว

ภาพที่ 3-30 : ใบ Good death

ภาพที่ 3-31 : พิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)

<u>ขั้นตอนที่ 14</u> จำหน่ายศพออกจากหอผู้ป่วย

- เคลื่อนย้ายศพออกจากหอผู้ป่วยไปยังห้องเก็บศพ โดยใช้ลิฟต์ตัวที่ 2

ภาพที่ 3-32 : เจ้าหน้าที่รักษาศพย้ายศพผู้ถึงแก่กรรม

3.3 หลักการ หลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติงาน

การดูแลแบบประคับประคองมีหลักการที่สำคัญ คือ มุ่งให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย โดยการช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งยังให้การดูแลแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองนี้มีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการรับรู้และการยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติและจากไปอย่างสงบ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลประกอบด้วย การเป็นผู้ประสานการดูแลและช่วยเหลือ การให้การพยาบาล การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ และการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของการให้การพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคอง (นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2562)

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เรื่องแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และตำราวิชาการต่าง ๆ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเสนอตามลำดับ ดังนี้

3.3.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.3.2 คำแนะนำในการประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

3.3.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคอง

3.3.4 การดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบองค์รวม

3.3.5 การดูแลภายหลังเสียชีวิต

3.3.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patient) หมายถึง ผู้ที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะอื่นที่คุกคามต่อชีวิต มีการลุกลามของโรคไปอย่างมาก การทำงานของอวัยวะสำคัญ ๆ ของร่างกายหลายระบบผิดปกติ และแพทย์ลงความเห็นว่าอาการของโรคเกินกว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงดูแล และรักษาตามอาการเท่านั้น ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะทรุดลงเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุด (พัชรีย์ พรหมสิงห์, 2559) การดูแลเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีค่ามากที่สุด ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก หลุดพ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล และความเจ็บป่วยเพื่อจากไปอย่างสงบ (กรมการแพทย์, 2557)

ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจซึ่ง Robert Buckman ได้กล่าวถึงทฤษฎีของปฏิกิริยาทางจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (ภชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550)

1. ระยะแรก (Initial stage) เผชิญกับความจริง (Facing with threat) ระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งขึ้นกับลักษณะนิสัย ประสบการณ์เดิม และกลไกการปรับตัวที่เคยชินสำหรับตนเอง เช่น อาจมีความรู้สึกกลัว โกรธ ตกใจ เครียด กังวล อาจเกิดทีละอย่างหรือผสมกันและใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธความจริง การโทษสิ่งต่าง ๆ นอกตัว การหลีกเลี่ยง เป็นต้น

2. ระยะเรื้อรัง (Chronic stage) ปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระยะแรก ๆ อาจลดลง ทำใจยอมรับได้ ระยะนี้ผู้ป่วยอาจซึมเศร้า เบื่อหน่าย รอระยะเวลาสุดท้ายที่จะมาถึง บุคคลรอบข้างเห็นว่าสภาพจิตใจดูดีขึ้น คงยอมรับได้แล้ว ก็อาจวางตัวห่างไป ภาวะซึมเศร้าจึงพบได้มากในช่วงนี้

3. ระยะสุดท้าย (Final stage) ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังมาถึง มีการแสดงออกที่เป็นปกติ พูดคุยสื่อสารได้ดี มีการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

ปฏิกิริยาทางจิตใจในผู้ป่วย ระยะสุดท้ายจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับและปฏิเสธความเจ็บป่วยก็จะแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น ก้าวร้าว กล่าวโทษผู้อื่น หรือซึมเศร้า ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะยอมรับว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่หลีกเสี่ยงไม่ได้ จะเริ่มมีการวางแผนชีวิต มีการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ และความเชื่อ ความศรัทธา และศาสนาที่ตนนับถือก็จะเข้ามามีบทบาทเป็นที่พึ่งทางจิตใจ จิตวิญญาณ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์การอนามัยโลก (WH0, 2002) กล่าวว่า : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง วิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยเละครอบครัวที่กำลังเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตและคุณภาพชีวิต ด้วยการป้องกัน ประเมิน รักษาความเจ็บปวด และปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ประเวศ วสี (2552) กล่าวว่า : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การเยียวยาคนทั้งคนโดยรวม ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เยียวยาทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ เพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

การดูแลระยะสุดท้าย จะต้องมีหลักการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

1. การสื่อสาร/ ทำความเข้าใจ (Communication)
2. การจัดการกับโรค (Disease management)
3. การดูแลอาการทางกาย (Symptoms control)
4. การดูแลจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social-spiritual Care)

3.3.2 คำแนะนำในการประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Palliative Performance Scale (PPS) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย Palliative Care PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) PPS เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว (ดาริน จตุรภัทรพร, ม.ป.ป.)

ประโยชน์ของ PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 0-40% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น, ใช้สำหรับสื่อสารกันระหว่างบุคลากรในทีม และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว PPS สามารถนำไปใช้ประเมินได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล แต่ควรใช้โดยบุคคลากรทางการแพทย์ โดยทั่วไปมักจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์ (ดาริน จตุรภัทรพร, ม.ป.ป.)

คำแนะนำในการประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ประเมินต้องอ่านนิยามศัพท์ประกอบการใช้ PPS Adult ดังนี้

1. ให้ใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale) ในการประเมินอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้
   (1) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง
   (2) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ
   (3) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life)
2. การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ควรทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความคุ้นเคยกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional status) ของผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
3. ใช้ข้อมูล ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นข้อมูลสนับสนุน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

วิธีการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)

1. ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา
2. เริ่มอ่านจากคอลัมน์ “การเคลื่อนไหว” แล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่าไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงกว่านี้ได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหว 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40 % แต่คะแนนสูงสุดจะต้องเป็น 40 % ตามช่องซ้ายสุดเท่านั้น
3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 45% ได้ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 40 % หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2551) ได้ให้คำอธิบายคอลัมน์ทั้งหมด 5 คอลัมน์ ในเครื่องมือประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ไว้ดังนี้

1. การเคลื่อนไหวร่างกาย (Ambulation) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) การเคลื่อนไหวปกติ (full ambulation) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 80 - ระดับ PPS ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเอง สามารถลุกจากเตียงได้เอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำงานอย่างที่เคยทำได้ตามปกติ สามารถประกอบอาชีพได้ สามารถทำงานอดิเรก หรือ สามารถทำกิจกรรมงานบ้านอย่างที่เคยทำได้ตามปกติ

2) ความสามารถใน การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (reduced ambulation) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 60 - ระดับ PPS ร้อยละ 70 เมื่อพิจารณาโดยใช้คอลัมน์อื่นร่วมด้วย (adjacent column) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวลดลง (reduced ambulation) จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างที่เคยทำตามปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือ ไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือ ไม่สามารถทำกิจกรรมงานบ้านอย่างที่เคยทำตามปกติ แต่ผู้ป่วยยังคงสามารถเดินได้ด้วยตนเอง หรือมีความสามารถในการเคลื่อนย้าย (transfer) ด้วยตนเอง เช่น ลุกจากเตียงได้เอง มีการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

ในระดับ PPS ร้อยละ60 ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางครั้งหรือบางเรื่อง

ในระดับ PPS ร้อยละ 70 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำเอง เช็ดตัวเอง ใส่เสื้อผ้าเอง ล้างหน้าแปรงฟันได้เอง ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง เดินได้เองรับประทานอาหารได้เอง

3) นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ (mainly si/lie) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 50 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถทำงานต่าง ๆ ที่เคยทำได้เลยผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก จนไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือไม่สามารถทำงานบ้านอย่างที่เคยทำ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (reduced ambulation) แต่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่

4) นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ (mainly in bed) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 40 ผู้ป่วยกลุ่มนี้อ่อนเพลียมาก จึงทำกิจกรรมได้น้อยมาก ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่

5) นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา (totally bed bound) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 10 ถึง ระดับ PPS ร้อยละ 30 เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียอย่างมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกจากเตียงได้เอง และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยตนเอง

2. การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) และการดำเนินโรค (Extent of disease)

2.1 การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) พิจารณาจากความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ว่าทำได้เหมือนเดิมหรือไม่ ได้แก่ การทำงาน การทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมอื่น

คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2551) การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) แบ่งเป็น 7 ระดับดังนี้

1) ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ (normal activity & work) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำงานได้อย่างที่เคยทำตามปกติ สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม สามารถทำงานบ้านได้ และทำงานอดิเรกได้อย่างที่เคยทำตามปกติ รวมทั้งสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ เช่น เดินได้โดยไม่เหนื่อย

2) ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ (normal activity with effort) หมายถึง ผู้ป่วยต้องใช้แรงมากขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การเดิน การทำงาน หรือ การประกอบอาชีพ ทำงานอดิเรก ทำงานบ้านอย่างที่เคยทำตามปกติ

3) ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (unable normal job/work) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานอย่างที่เคยทำตามปกติ หรือ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม แต่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้

4) ไม่สามารถทำงานอดิเรก หรืองานบ้านได้ (unable hobby / house work) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียจนไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือไม่สามารถทำงานบ้านอย่างที่เคยทำ

5) ไม่สามารถทำงานได้เลย (unable to do any work) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือไม่สามารถทำงานบ้านอย่างที่เคยทำ และไม่สามารถทำงานต่าง ๆ ได้ จึงนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (reduced ambulation)

6) ทำกิจกรรมได้น้อยมาก (unable to do most activity) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก หรือเหนื่อยล้า จึงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นส่วนใหญ่ เช่น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำและต้องการความช่วยเหลือในการล้างมือ ล้างหน้า แปรงฟัน การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ แต่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง หรือต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยในการรับประทานอาหาร

7) ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ (unable to do any activity) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากหรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว จึงไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้เลย และต้องการการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 การดำเนินโรค (Extent of disease)

คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2551) การดำเนินโรค (Extent of disease แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

1) ไม่มีอาการของโรค (no evidence of disease)

2) มีอาการของโรคบางอาการ (some) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคเฉพาะแห่ง (local recurrence) จะอยู่ในระดับ มีอาการของโรคบางอาการ

3) มีอาการของโรคอย่างมาก (significant disease) ถ้ามีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะอื่น 1 แห่ง หรือ 2 แห่งเช่น ปอด หรือ กระดูก จะอยู่ ในระดับ มีอาการของโรค อย่างมาก

4) มีการลุกลามของโรค (extensive disease หรือ) ถ้ามีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะหลายแห่ง ได้แก่ ปอด กระดูก ตับ สมอง แล้วมีภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้น เช่น มีภาวะแคลเซียมสูงในเลือดสูงหรืออื่น ๆ หรือผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นมากมายหลายอาการ จะอยู่ในระดับ มีการลุกลามของโรค

ตารางที่ 3-2 ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทาน อาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทาน ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว + / - สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

3.3.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคอง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของการเจ็บป่วย รู้หลักการดูแลแบบประคับประคอง

นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล (2562) กล่าวถึง : บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3-3 บทบาทของพยาบาลและการดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยระยะประคับประคอง

บทบาทของพยาบาล	การดูแลและคำแนะนำ
1. การเป็นผู้ประสานการดูแลและช่วยเหลือ	1.1 พยาบาลคอยสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ และประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยและการจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย 1.2 ประสานงานกับพยาบาลในทีม เพื่อผ่อนคลายกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยกับญาติผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมความใกล้ชิดในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยกับครอบครัว
2. ดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยวัยสูงอายุ	2.1 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเป็นกันเองกับผู้ป่วยวัยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลรอบข้าง 2.2 แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามความชื่นชอบ ผู้ป่วยจะเกิดกำลังใจที่ดีและมีความสุขกับครอบครัว 2.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามความสามารถของตนเอง เช่น สวมเสื้อผ้า รับประทานอาหารเอง เป็นต้น และให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี และอยากปฏิบัติต่อไป
3. การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	3.1 บริหารจัดการยาเพื่อลดอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้ทุเลา และให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความก้าวหน้าของโรคผู้ป่วย 3.2 ให้ญาติสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น นิมนต์พระสงฆ์มาสวดมนต์และถวายสังฆทานในหอผู้ป่วย หรือให้บาทหลวงมาทำพิธีทางศาสนาและไถ่บาปของผู้ป่วย เป็นต้น 3.3 คอยพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินความเครียดและความวิตกกังวล พร้อมทั้งให้กำลังใจ สร้างเสริมการคิดบวก ทัศนคติที่ดีต่อภาวะการเจ็บป่วย 3.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกสิ่งที่ดีงามในอดีต เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วย
4. การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย	4.1 พยาบาลอนุญาตให้ญาติผู้ป่วยเข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและมีแนวโน้มว่าจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ 4.2 เป็นผู้ประสานงานการติดต่อเอกสารสำคัญทางราชการ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต และอำนวยความสะดวกในการประสานงานให้กับญาติ เช่น การติดต่อใบมรณะบัตรจากสำนักงานเขต โดยโรงพยาบาลจะดำเนินการให้ 4.3 แนะนำแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เสียชีวิตให้กับญาติ เช่น การเคลื่อนย้ายศพไปต่างจังหวัด การติดต่อวัด เป็นต้น

3.3.4 การดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบองค์รวม

3.3.4.1 การดูแลทางด้านร่างกาย

ธีระพล สมหมายไชยา (2563) กล่าวว่า ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ตลอดจนภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาทางกายหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่

1. ความปวด (Pain)

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการปวดจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งวิธีการบำบัดรักษาอาการปวดมีทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้การประเมินความปวดและทักษะของผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะจัดการอาการปวดของผู้ป่วยจนอยู่ในระดับที่พึงพอใจ การจัดการปัญหาความปวดของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ วิธีการจัดการความปวดทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา ควรเลือกให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

1.1 การรักษาด้วยยา

1.1.1 การประเมินความปวด: วัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุและติดตามประเมินความรุนแรงของความปวดเป็นการตอบสนองต่อการรักษาโดยให้ครอบคลุม ดังนี้

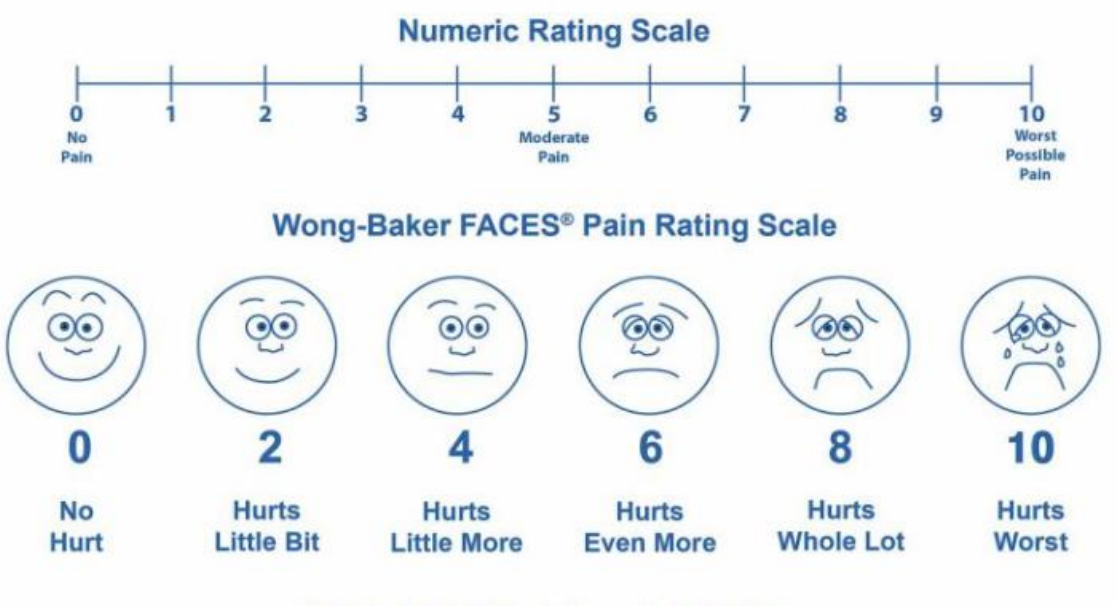
1) ตำแหน่งที่ปวด (pain position)

2) ลักษณะความปวด (pain characteristics)

3) ความรุนแรงของความปวด (pain Intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวด ดังนี้

- Numerical rating scale (NRS) : การใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้ ตัวเลขตั้งแต่0 – 10 คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ10 หมายถึงอาการปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมี ใช้ในผู้ป่วยเด็กโต (อายุ > 8 ปี) หรือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่สามารถบอกความเจ็บปวดออกเป็นตัวเลขได้

- Face Scale : ใช้สำหรับประเมินความปวดผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปจนถึง 8 ปี และผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถบอก Numeric Rating scales ได้ เครื่องมือตรวจเป็นรูปหน้าที่มีความสุข เศร้า และร้องไห้ ให้ผู้ป่วยดูรูปภาพและชี้/บอกให้ทราบว่าขณะนี้รู้สึกว่าอาการปวด อยู่ในภาพใด



ภาพที่ 3-32 : ประเมินความปวดแบบ Numerical rating scale และ Face scale

ที่มา : Elana Gordon/ Reassessing the assessment of pain: how the numeric scale became so popular in health care, 2559

การแบ่งค่าระดับความเจ็บปวดแบบ Numeric Rating Scale (NRS) และ Face scale แบ่งออกเป็น 4 ระดับได้ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย,ขยับตัวก็ไม่ปวด

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอทนได้ นอนเฉย ๆ ไม่ปวด, ขยับแล้วปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลางนอนเฉย ๆ ก็ปวด, ขยับก็ปวด

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้แม้นอนนิ่ง ๆ

4) ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

5) ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การ

6) ผลของการรักษาต่อความปวด ได้แก่ ใช้ยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้

1.1.2 การวางแผนการรักษา

1) การบำบัดความปวด

ธีระพล สมหมายไชยา (2563) แบ่งหลักการบำบัดความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ยากลุ่ม acetaminophen และ non-steroidal antiinflammatory drug (NSAIDS) สามารถให้ได้ในทุกระดับความปวด โดยสามารถให้ตั้งแต่อาการปวดน้อย และใช้ร่วมกับยากลุ่ม opioid เพื่อลดขนาดของยา opioid

ตารางที่ 3-4 ตัวอย่างกลุ่มยา non-opioid ที่ใช้บ่อย

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาด (มก.)	ความถี่	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)
Acetaminophen	Paracetamol	325,500	ทุก 4 - 6 ชม.	2,000
NSAIDs	Ibuprofen	200, 400, 600	ทุก 4 - 6 ชม.	2,400
	Diclofenac	25, 50	ทุก 8 ชม.	150
	Indomethacin	25	ทุก 8 - 12 ชม.	200
	Naproxen sodium	275	ทุก 12 ชม.	1,000
Coxibs	Celecoxib	200, 400	ทุก 12 ชม.	400
	Etoricoxib	30, 60, 90, 120	ทุก 14 ชม.	120

การให้ยาในกลุ่ม NSIADs ควรระวังผลข้างเคียงในเรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร และผลข้างเคียงต่อไต ซึ่งในผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ อยู่แล้วจึงควรใช้ยากลุ่มนี้ในระยะสั้น ๆ

ขั้นที่ 2 Weak opioid พิจารณาใช้ได้ในระดับความปวดน้อยถึงปานกลาง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Tramadol และ codeine

ตารางที่ 3-5 รายละเอียดของยาในกลุ่ม Weak opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด (มก.)	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
Tramadol	50	400	ทุก 6-8 ชม.	มึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก	- เพิ่มความเสี่ยงของอาการชักในผู้ป่วยที่มีประวัติลมชัก - ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคไต โรคตับ และผู้สูงอายุ - ระมัดระวังการเกิด serotonin syndrome เมื่อใช้ร่วมกับ SSRIs หรือ SNRIs
Codeine	15, 30	240 - 360	ทุก 4-6 ชม.	มึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก	- ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคไต - ฤทธิ์แก้ปวดลดลงเมื่อใช้ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้ง CYP2D6 เช่น fluoxetine และ paroxetine

ขั้นที่ 3 Strong opioid ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง

ตารางที่ 3-6 รายละเอียดของยาในกลุ่ม ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
MO IR (ยามอร์ฟีนเม็ดแบบปลดปล่อยทันที)	10 มก.	ทุก 3-4 ชม.	**ที่พบบ่อย** คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มึนงง ง่วงนอน **ที่พบไม่บ่อย** คือ ความดันโลหิตต่ำ กดการหายใจ คัน กล้ามเนื้อกระตุก delirium	- ปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง - ระมัดระวังภาวะการหายใจถูกกดในผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนเลือดรุนแรง
Morphine syrup (ยามอร์ฟีนชนิดน้ำเชื่อม)	2 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.		
ยาแคปซูลแบบควบคุมการปลดปล่อย (Kapanol®)	20 มก., 50 มก., 100 มก.	ทุก 24 ชม.		
มอร์ฟีนฉีดเข้าใต้ผิวหนัง, มอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	10 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.		ใช้ร่วมกับยาอื่นที่กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น high potency benzodiazepines และผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง *ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (MST) ห้ามหัก แบ่ง บด เคี้ยว เม็ดยา
ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (morphine sustained-released tablet: MST®)	10 มก., 30 มก., 60 มก.	ทุก 6-12 ชม.		
Pethidine	50 มก./มล.	ทุก 4-6 ชม.	delirium, myoclonus	ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็ง
Fentanyl transdermal patch	12, 25, 50 มคก./ชม.	ทุก 72 ชม. (3 วัน)	เหมือนมอร์ฟีน แต่ท้องผูกน้อยกว่า	ห้ามให้ความร้อนจากกระเป๋าน้ำร้อน ผ้าห่มไฟฟ้าสัมผัสบนแผ่นยาเมื่อแปะ

1.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

ธีระพล สมหมายไชยา (2563) กล่าวถึง การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีการที่ใช้บ่อยและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้การรักษาแบบประคับประคอง มีดังนี้

การนวด (massage) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดทั่งร่างกาย หรือบริเวณที่นวดควรนวดแบบ efleurage/ stroking คือ การใช้มือไล้บนผิวหนังลงน้ำหนักเบาหรือแรงก็ได้ ซึ่งจะให้ผลแตกต่างกัน ถ้าลงน้ำหนักเบาในทิศทางใดๆ กระทำได้ทั่วร่างกาย จะเป็นการกระตุ้น reflex และเกิดผลทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย

ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของอาการ โดยถ้าเกิดการบาดเจ็บเฉียบพลันร่วมกับเกิดอาการบวมขึ้นควรเลือกใช้ความเย็นเพราะความเย็นจะช่วยลดบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ถ้าเป็นอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการเรื้อรังหรือปวดตึงกล้ามเนื้อ ควรใช้ความร้อนเพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ

การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนังผ่านทางแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วยโดยอาศัยกลไกการลดปวดจาก gate-control theory

2. อาการทางกายอื่นๆ ที่พบได้บ่อย

2.1 เหนื่อย/ อ่อนเพลีย (Tiredness/ Fatigue)

ความอ่อนล้า คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดแรง เหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง สัมพันธภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกาย และความทนทานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย สาเหตุของความอ่อนล้ามีความซับซ้อนต้องตรวจวินิจฉัยอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปวด คลื่นไส้อาเจียน แผลในปากท้องผูก อาการซึมเศร้า ภาวะติดเชื้อ และภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

แนวทางการจัดการ

- การเพิ่มแคลอรี่ของอาหารด้วยการรับประทาน หรือเข้าทางหลอดเลือด
- กรณีมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นให้จำกัดกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกเดิน การเข้าห้องน้ำ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การพักผ่อน อย่างเพียงพอ และกรณีเหนื่อยให้ออกซิเจนร่วมด้วย

2.2 คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting)

คลื่นไส้ คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็ว

อาเจียน คือ เป็นอาการที่มีการหดรัดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะท้ายมักมีปัญหาเรื่องคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งต้องประเมินและหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และรักษาผู้ป่วยตามสาเหตุดังกล่าว

แนวทางการจัดการ

การรักษาโดยใช้ยา: domperidone, prochlorperazine, metoclopramnide, ondansetron, granisetron,

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มช้า ๆ บ่อยๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศสดชื่น

2.3 ง่วงซึม/สะลึมสะลือ (Drowsiness)

Drowsiness เป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะท้ายเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ยา การติดเชื้อ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ภาวะล้มเหลวของอวัยวะในร่างกาย เช่น ไตวาย

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุ

แนวทางการจัดการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบในกรณีที่เป็นผลข้างเคียงของยากลุ่ม -pioid ให้ลดขนาดยาลงหรืออาจจำเป็นต้องใช้ methylphenidate เพื่อกระตุ้นระบบประสาทซึ่งอาจจะไม่สามารถแก้ไขได้ในกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

2.4 เบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia)

Anorexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร แคลอรีที่ได้รับลดลง

Cachexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ร่วมกับมีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมินระดับความรุนแรงโดยดูจากน้ำหนักตัวที่ลดลงเพื่อการจัดการที่เหมาะสม

แนวทางการจัดการ

- ให้ดูแลเรื่องความสะอาด และความชุ่มชื่นในช่องปาก โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดและซับที่ปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
- ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดอาหารมื้อที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย
- ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ และให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร

2.5 เหนื่อยหอบ (Shortness of breath)

เหนื่อยหอบ คือ เป็นอาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจติดขัดเหนื่อยหอบหรือการหายใจไม่อิ่ม เหมือนสำลักหรือหายใจหนักๆ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากตัวโรคลุกลามอาจจะพบปัญหาการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ พบอุบัติการณ์ของการหายใจลำบากเป็นลำดับต้น ๆ

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัย: การประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอดของผู้ป่วย อาการซีด หรือเขียวที่เล็บ การใช้กล้ามเนื้ออื่นๆ ช่วยหายใจ

แนวทางการจัดการ

การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายจะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดท่าเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้นและเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ควรใช้ท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's or semi sitting position)

ท่าทางการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมตามความเหมาะสมช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดอาการหายใจลำบาก เช่น นอนหงายแขนแนบข้างลำตัวสูดลมหายใจเข้าลึกๆ พร้อมกับยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้น และยกแขนลงพร้อมกับหายใจออกช้า ๆ ทางปาก

การฝึกหายใจโดยการห่อปาก (pursed-lip breathing เป็นการบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม สามารถลดอาการเหนื่อยได้ และจะช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลม และป้องกันปอดแฟบเริ่มจากจัดท่านอนหงาย หนุนหมอน และชันเข่า 2 ข้าง หรือนั่งเก้าอี้ในท่าผ่อนคลาย โน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อยผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 34 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดเป่าลมออกให้ช้า และยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (diaphragmatic breathing) เป็นการฝึกหายใจที่ใช้กำลังน้อยที่สุดและได้ลมเข้าออกปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ เริ่มจากผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณกลางอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ขณะหายใจเข้าท้องป่องออกจนรู้สึกว่ามือที่วางบริเวณท้องเคลื่อนสูงขึ้น หายใจออกทางปากหน้าท้องจะยุบลง

2.6 ท้องผูก (Constipation)

ท้องผูก เป็นอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ -pioid และสาเหตุอื่นๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย นอนติดเตียงหรืออัมพาต

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ และระยะเวลาที่เป็น

แนวทางการจัดการ

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยประเภทที่ละลายได้ง่าย เช่น ผัก ผลไม้ และข้าวโอ๊ต อย่างเพียงพอ จะช่วยให้อุจจาระมีขนาดใหญ่และนุ่ม
- ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 1.5-2.0 ลิตรต่อวัน
- ให้ยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์

2.7 สะอึก (Hiccup)

สะอึก คือ เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานที่ไม่สัมพันธ์ของกระบังลมกับกล้ามเนื้อหายใจ ภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินจากอาการและระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น

แนวทางการจัดการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ เช่น ลดภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง จิบน้ำเย็น เป่าลมใส่ถุงกระดาษเพื่อเพิ่มปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ หรือกลั้นหายใจ ทำให้ตกใจ และให้ยากลุ่ม corticosteroid เช่น dexamethasone, prednisolone ให้ยากลุ่ม antipsychotics เช่น haloperidol, chlorpromazine ให้ยากลุ่ม muscle relaxants เช่น baclofen

3.3.4.2 การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา

เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัชรี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, และรัฏิญากรณ์ แซ่ลี้ (2563) กล่าวว่า จิตวิญญาณ คือ การให้ความหมายและคุณค่า (ทั้งในด้านบวกและลบ) แก่สิ่งต่าง ๆ ที่ได้รับรู้ ซึ่งฝังอยู่ในส่วนลึกของจิตใจของบุคคล และมีอิทธิพลและแรงผลักดันต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น เช่น ความเชื่อในทางศาสนา หรือพิธีกรรมประเพณี หรือบุคคลต้นแบบที่ชื่นชอบ ที่ส่งผลก่อให้เกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็งในจิตใจพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ แต่ละศาสนามีแนวทางหรือคำสั่งสอนที่แตกต่างกัน หลายศาสนาเชื่อว่า การตายดีหรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ ญาติสามารถส่งเสริมสภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงภาวะนั้นได้ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางของศาสนาต่าง ๆ มีดังนี้ (เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัชรี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, และรัฏิญากรณ์ แซ่ลี้, 2563)

1. การดูแลตามหลักพุทธศาสนา

หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส โดยหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประกับประคองได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความหวังความปรารถนาต่าง ๆ ของ

ผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้อโหสิกรรม คืนดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน หรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วยโดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นต้น

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิถีพุทธ

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธ เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัชรี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, และรัฏฐาภรณ์ แซ่ลี้ (2563) กล่าวว่า มีวิธีการ ดังนี้

1) การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง

2) การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีเกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

3) การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

4) การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการวางแผนการดูแลรักษาจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติเข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี

การสร้างสมาธิ

การให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิและจดจ่อกับสิ่งดีงาม เราสามารถเสริมด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น

1) การทำบุญ ทั้งการทำบุญแก่พระศาสนา การใส่บาตร การถวายสังฆทาน และการสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของแก่คนทุกข์คนยาก

2) การถือศีล กินเจ (ในกรณีที่ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย)

3) การสวดมนต์ หากผู้ป่วยไม่สามารถสวดเองได้ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง

4) การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ

5) การทำสมาธิด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การจดจ่อกับท้องที่พองและยุบทุกครั้งที่หายใจเข้าและออก หรือการจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การกระพริบตา ขยับมือ

6) การระลึกถึงความดีที่ได้ทำมาด้วยความภูมิใจ ไม่ว่าจะเป็นความดีที่ทำกับพ่อแม่ ลูกหลาน ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน

7) การทำบุญต่ออายุ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ญาติอาจนิมนต์พระสงฆ์มาสวดพุทธมนต์บทโพชฌงค์และทำการชักบังสุกุลเป็น พร้อมทั้งทำบุญปล่อยนกปล่อยปลา

2. การดูแลตามหลักศาสนาอิสลาม

เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัชรี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, และรัฏิญากรณ์ แซ่ลี้ (2563) กล่าวว่า การดูแลตามหลักศาสนาอิสลามมีเป้าหมาย คือ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ขณะเดินทางไปสู่วันสุดท้ายของการมีชีวิตไปเริ่มต้นชีวิตหลังความตายกับผลงานที่ได้กระทำไว้ก่อนตายจนกระทั่งถึงวันฟื้นคืนชีพอีกครั้ง

การดูแลตามแนวทางนบี

เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัชรี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, และรัฏิญากรณ์ แซ่ลี้ (2563) กล่าวว่า การแพทย์ของท่านนบี มิได้มุ่งเน้นด้านเฉพาะการมีสุขภาพที่ดีเฉพาะบนโลกนี้เท่านั้น แต่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความสุขในโลกหน้าด้วย การประพฤติปฏิบัติทุกอย่างควรอยู่ในกรอบของอิสลาม จึงเป็นหน้าที่ของผู้รู้ทั้งด้านการแพทย์และศาสนา โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และพยายามจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อผู้ป่วยมุสลิมในการปฏิบัติศาสนกิจของเขา เรียกว่า Ibadah Friendly Hospital โดยมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับความสงบ เพื่อเพียรรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ ละหมาด อ่าน-ฟังกุรอานปฏิบัติความดี เช่น ปฏิบัติตามแผนการรักษาของโรงพยาบาล บริจาคทาน/ ตามความสามารถ ทบทวนผลงานที่ผ่านมาเพื่อขอบคุณและขออภัยโทษจากพระองค์อัลลอฮ์

2) อำนวยความสะดวกแก่ญาติในการนำผู้ป่วยปฏิบัติละหมาด อ่านคัมภีร์กรุอาน ขอพรจากพระองค์อัลลอฮ์อิสลามให้ความสำคัญเรื่องการเพียรรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์/ พระเจ้า

3) ผู้ป่วยมุสลิมมีสิทธิได้รับการเยี่ยมจากญาติ คนรู้จัก เพราะเป็นหน้าที่ของผู้นับถือมุสลิมเมื่อรู้ว่าญาติคนรู้จักป่วยต้องไปเยี่ยม

4) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาล ควรมีห้องเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อเปิดโอกาสให้ญาติที่ใกล้ชิดได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาให้ญาติได้อ่านกุรอาน

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสงบและปรับตัวยอมรับความตาย

1) ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ดี เช่น คุณเป็นคนไข้ที่อดทน และมีความพยายามในการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดีมาก

2) ให้ผู้ป่วยทบทวนบอกเล่าถึงสิ่งดี ๆ ที่เคยทำไว้ ชื่นชมให้กำลังใจในความอดทนและพยายามทำสิ่งดี ๆ

3) ให้ผู้ป่วยอดทนกับกำหนดสภาวะของพระองค์อัลลอฮ์ ไม่ขัดขืนการรักษา ไม่ทำให้ตนเองหายป่วยช้าลง ถ้าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรักษาหายจากโรค ให้ผู้ป่วยขอดุอาว์จากพระเจ้าให้มีชีวิตอยู่ต่อไปถ้าการมีชีวิตอยู่เป็นการดี

4) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยวางมือตรงตำแหน่งที่มีอาการเจ็บปวดแล้วกล่าวบิสมิลลาฮ์ 3 ครั้ง

5) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยพบบุคคลที่ต้องการพบเพื่อสั่งเสีย

6) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยขออภัยจากบุคคลที่เคยล่วงละเมิด หรือชดใช้สิทธิของผู้อื่น (ถ้ามี)

7) เมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตให้ผู้ป่วยกล่าว "ลาอิลาฮะอิ้ลลัลลอฮ์"

3. การดูแลตามหลักศาสนาคริสต์

เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัชรี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, และรัฏิญากรณ์ แซ่ลี้ (2563) กล่าวว่า ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้าตลอดช่วงการดำเนินชีวิต พระเจ้าจะให้ปัจจัยที่จะใช้ดำเนินชีวิตด้วยความดีไว้ให้ นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ซึ่งพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่มนุษย์จะก้าวไปสู่อีกโลกที่สมบูรณ์กว่านี้ให้อีกเช่นกัน

บทบาทของบาทหลวงต่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

1) อภัยบาปในนามพระเจ้า เพราะผู้ป่วยระยะนี้จะคิดถึงความผิดในอดีต ทำให้กังวลหวาดกลัว บาทหลวงจะอ่านคัมภีร์ตอนที่กล่าวว่าพระเจ้ามีเมตตาให้อภัยลูกตลอดเวลา กล่าวซ้ำ ๆ เพื่อให้เขาสงบและไว้ใจในพระเมตตาของพระเจ้า

2) ให้กำลังกายและกำลังใจ โดยอ่านคัมภีร์เกี่ยวกับความตายให้ฟัง เพื่อให้มีสติตลอดเวลา

3) ให้ศีลศักดิ์สิทธิ์แห่งพระกายของพระเจ้า ที่จะให้กำลังที่กายและจิตวิญญาณ เช่น ศีลเจิมผู้ป่วยศีลทาสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต บาทหลวงจะเสกน้ำมันมะกอก เจิมผู้ป่วย 3 จุด คือ ศีรษะ (ให้รักษาความสงบมองโลกในแง่ดี) และมือ 2 ข้าง (ให้รับพลังกลับคืน)นอกจากคุณพ่อบาทหลวงแล้ว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงผู้เป็นที่รัก ควรจะมาเยี่ยมเยือนให้กำลังใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เขารู้สึกอบอุ่น และไม่รู้สึกว่าจากไปคนเดียว

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการศพตามหลักศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าร่างกายของคนเสียชีวิตควรได้รับความเคารพ เพราะร่างกาย คือเครื่องมือของจิตใจที่จะทำความดี ร่างกายทุกร่างกายจะถูกปลุกเพื่อรวมกับจิตวิญญาณอีกครั้ง เพราะฉะนั้นจึงไม่นิยมเผาศพแต่จะฝังฝากดินไว้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะเก็บศพไว้ 3 วัน แล้วคุณพ่อบาทหลวงจะมารวมตัวกันเพื่อทำพิธีกรรมสำหรับคนเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าแม้มนุษย์จะเสียชีวิตแล้วแต่ความสัมพันธ์ทางใจยังคงอยู่ ฉะนั้นการไปเยี่ยมเยียนที่หลุมฝังศพ และการสวดมนต์ให้กับคนที่จากไปจึงยังสำคัญและควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

นอกจากการนำคำสอนทางศาสนามาใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายแล้ว ผู้ป่วยบางรายสามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น

1) ดนตรีบำบัด ควรเปิดดนตรีในแนวที่ผู้ป่วยชอบ ระหว่างการฟังอาจร้องเพลงคลอไปด้วย หรืออาจชวนเพื่อนๆ และญาติ มาร่วมร้องเพลงก็จะเป็นการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น สนุกสนาน

2) การนวดและสัมผัส การสัมผัส เป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ไร้คำพูด หากเราสัมผัสมือหรือลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้และรู้สึกดี การกอดอุ้ม นวด ลูบสัมผัสด้วยความรักและความอ่อนโยน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย การนวดช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยึดเกร็งจากความ

ปวดได้คลาย ซึ่งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดไปได้บ้าง แต่ต้องระวังไม่นวดบริเวณจุดที่ปวด

3) การทำงานอดิเรก ควรสนับสนุนให้ทำเพื่อความเพลิดเพลิน ไม่คิดฟุ้งซ่าน การชมภาพยนตร์ การท่องเที่ยว การอ่านและเขียนหนังสือ เป็นการถ่ายทอดและระบายความรู้สึก

4) การทำงานศิลปะ เช่น การวาดภาพ ระบายสี ปั้นดิน เป็นการระบายความรู้สึกออกมาทางผลงานก็สามารถนำมาใช้เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี

5) การหัวเราะและมีอารมณ์ขัน ช่วยบริหารอวัยวะภายใน กล้ามเนื้อใบหน้า และทำให้จิตใจปลอดโปร่ง

3.3.5 การดูแลภายหลังเสียชีวิต

ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์, และสิริกานดา กอแก้ว (2563) กล่าวถึง แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติต่อศพ ควรให้สมเกียรติและคงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์กระทำเช่นเดียวกับขณะที่ผู้ตายยังมีชีวิตอยู่ ทำด้วยความนุ่มนวลให้ความเคารพ การตบแต่งร่างกายส่วนต่าง ๆ ต้องทำให้เรียบร้อยที่สุดเหมือนคนธรรมดา เช่น เย็บแผลให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยส่วนที่ไม่น่าดูเปิดเผยต่อสายตาญาติและผู้อื่น ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตที่กำลังนอนหลับสนิทมากที่สุด การห่มผ้าคลุมศพ ควรคลุมแค่อกไม่ควรคลุมใบหน้าหรือศีรษะ

2. ประเมินการปรับตัวและสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและญาติอย่างต่อเนื่อง

3. เข้าใจและยอมรับว่าสมาชิกครอบครัวย่อมมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียและการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวอาจจะแตกต่างกันไป เช่น ความรู้สึกผิด พยาบาลควรช่วยให้ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกันจะช่วยให้ความรู้สึกผิดลดน้อยลงไปได้

4. ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวไม่มีคนรบกวนและมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง หรือให้ครอบครัวที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายคอยช่วยเหลือ

5. แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวหรือญาติให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ บางกรณีพยาบาลอาจอยู่เป็นเพื่อน

6. คอยให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ ตามที่สามารถทำได้ เช่น ช่วยเหลือในการแต่งศพเป็นที่ปรึกษาในการรับศพ การขอรับใบมรณะบัตร หนังสือรับรองการตาย การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลควรคอยช่วยเหลือญาติให้เข้มแข็งขึ้นให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ หรือผู้ปกครองแสดงบทบาทของตนเองเป็นครั้งสุดท้าย

8. แนะนำแหล่งสนับสนุนประคับประคองจิตใจแก่ครอบครัว เช่น กลุ่มญาติ เพื่อน เป็นต้น

9. สนับสนุน ส่งเสริมพิธีกรรมตามความเชื่อของครอบครัว

10. ติดตามดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย โดยการเยี่ยมครอบครัวที่บ้าน/ การติดตามทางโทรศัพท์หรือการประสานส่งต่อไปยังภาคีเครือข่ายการดูแลที่อยู่ใกล้บ้าน

10.1 สอบถามชีวิตความเป็นอยู่ภายในครอบครัว การกลับเข้าสู่กระบวนการของครอบครัวตามปกติ

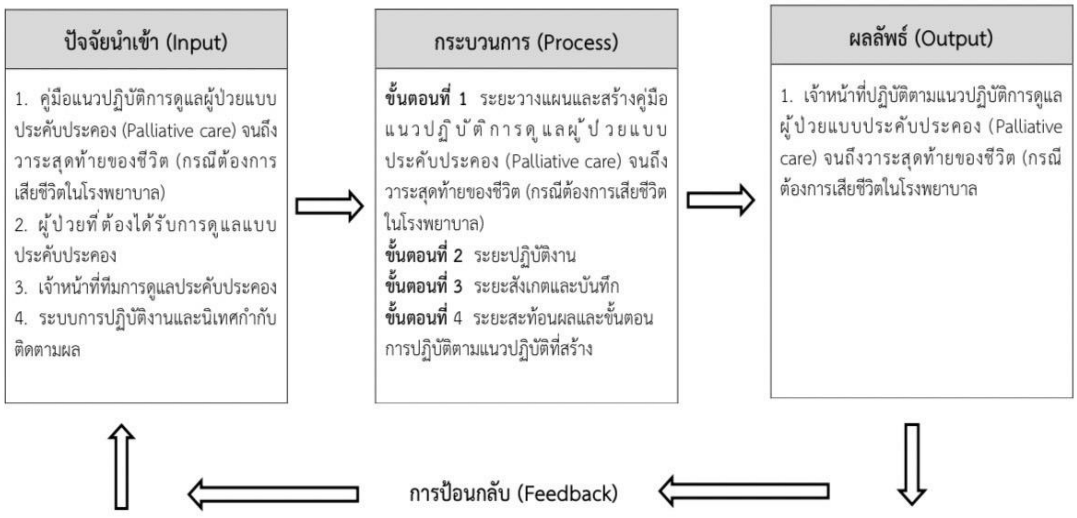
10.2 สอบถามและสังเกตการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวภายหลังการสูญเสีย เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาเสพติด เป็นต้น ถ้าพบว่ามีพฤติกรรมดังกล่าวควรให้การดูแล และประสานความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน

10.3 ประเมินสภาพปัญหาของครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการดูแลบุคคลที่เคยอยู่ภายใต้การพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต หากจำเป็นอาจต้องหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

10.4 ประเมินปัญหาด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกโศกเศร้าหากพบว่ามีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป หลังจากการเสียชีวิตควรได้รับการดูแลและปรึกษาจิตแพทย์

3.4 แนวทางในการปฏิบัติงาน

การจัดทำคู่มือนี้ได้นำทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Ludwig Von Bertalanffy (1956) (สำนักปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2556) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) ได้ดังนี้



วิธีการดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ระยะวางแผน

1.1 ศึกษา วิเคราะห์และประเมินการทำงาน และความรู้ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่ายังขาดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม จึงได้ศึกษาแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร่วมกับปรึกษาทีมสหวิชาชีพ เพื่อสร้างเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) ปรับใช้ให้เข้ากับผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ขั้นตอนที่ 2 ระยะปฏิบัติ

2.1 ระยะเตรียมการ เตรียมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2.2 ระยะทดลอง คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) ไปใช้ มีการนิเทศ ติดตาม และฝึกปฏิบัติในระยะแรก ประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะ ๆ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสังเกตและบันทึก

เก็บข้อมูล หลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ถามผู้ปฏิบัติงานในเรื่องการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) เพื่อนำปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 ระยะสะท้อนผล นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข โดยรวมกับสหวิชาชีพร่วมกันออกความคิดเห็น ในกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของคู่มือ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด

3.5 มาตรฐานคุณภาพงาน

คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) กำหนดให้บุคลากรปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยกำหนดมาตรฐานในกระบวนการทั้งหมด ได้ดังนี้

ตารางที่ 3-7 : มาตรฐานคุณภาพงานแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล)

ขั้นตอน	มาตรฐานคุณภาพ
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	- ซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน มีการวางแผนการให้การพยาบาล - อุปกรณ์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ครบถ้วน ตรวจสอบการใช้งานได้ปกติ - พยาบาลสามารถประเมินระดับผู้ป่วยที่ ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ถูกต้อง
ประเมินความต้องการของญาติในการดูแลแบบประคับประคอง	- ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
ให้ญาติเซ็นหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง	- พยาบาลมีทักษะในการพูดคุยสื่อสารกับญาติเรื่องความยินยอมในการรักษาแบบประคับประคอง - เอกสารหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคองมีแนวทางในการเลือกรักษาและลายเซ็นญาติครบถ้วน
ให้การดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตวิญญาณ ความเชื่อ - บรรเทาอาการเหนื่อย - จัดการความเจ็บปวด - ดูแลความสุขสบายทั่วไป - ดูแลเรื่องความเชื่อทางศาสนา - ดูแล Support จิตใจญาติ	- พยาบาลสามารถประเมินอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นได้ - พยาบาลเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและญาติได้ประกอบพิธีกรรมตามศาสนาที่ยึดเหนียวจิตใจ

ขั้นตอน	มาตรฐานคุณภาพ
ประเมินความต้องการในการใช้ยา Opioids	พยาบาลสามารถประเมินระดับความต้องการของผู้ป่วย เช่นอาการหอบเหนื่อย อาการปวด ได้ว่าควรใช้ยาระดับใด non-opioid, weak opioid หรือ strong opioid
ให้ยากลุ่ม Opioids ตามแผนการรักษา	ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม opioid ตามแผนการรักษา และได้รับการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน กดการหายใจ
ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง	- พยาบาลสามารถประเมินสัญญาณชีพได้ - ผู้ป่วยได้รับการติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตามสภาพปัญหาความต้องการในการดูแลอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง และได้รับการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดปัญหา - ลงบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วน
ทำ EKG	- พยาบาลสามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสามารถประเมินกราฟของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้
รายงานแพทย์ - แพทย์ประเมิน Heart rate - แพทย์แจ้งญาติว่าผู้ป่วยเสียชีวิต - แพทย์เขียนหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตาย	- ญาติได้รับการอธิบายถึงแผนการรักษาทุกขั้นตอนจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย - แพทย์ พยาบาลมีทักษะในการสื่อสาร พูดคุยปลอบใจญาติด้วยความเห็นอกเห็นใจ - แพทย์เขียนหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตาย ได้ถูกต้องและครบถ้วน
- โทรขอเลขที่การตายที่ห้องเวชระเบียน เบอร์โทรภายใน 3109, 3110 - แนะนำญาตินำหนังสือรับรองการตายแจ้งที่เทศบาลแสนสุขภายใน 24 ชั่วโมง - แนะนำญาติเรื่องการเตรียมเอกสารรับศพ - นัดหมายเรื่องการติดต่อขอรับศพ	- เอกสารหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตายลงบันทึกได้ถูกต้องและครบถ้วน - ญาติได้รับคำแนะนำและสามารถเตรียมเอกสารในการแจ้งตายได้ถูกต้อง

ขั้นตอน	มาตรฐานคุณภาพ
เสียชีวิตครบ 2 ชั่วโมง อาบน้ำศพ	- ผู้ถึงแก่กรรมได้รับการอาบน้ำศพ ตามขนบธรรมเนียม ความเชื่อ ได้รับการดูแลสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการอาบน้ำศพ
ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)	- ผู้ถึงแก่กรรมได้รับการดูแล ตามขนบธรรมเนียม ความเชื่อ ได้รับการดูแลสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death) แก่ผู้ถึงแก่กรรมทุกราย
จำหน่ายศพออกจากหอผู้ป่วย	- ปฏิบัติแก่ผู้ถึงแก่กรรมด้วยความเคารพสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3.6 ระบบติดตามผล

ติดตามประเมินจากผลลัพธ์ทางการดูแลรักษา จากบันทึกทางการแพทย์และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ติดตามการลงบันทึกเอกสารทางการแพทย์และการพยาบาล ที่ครบถ้วนสมบูรณ์และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ จากเอกสารดังต่อไปนี้

- ใบคำสั่งการรักษา
- แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PALLIATIVE CARE)
- แบบรายงานผู้ป่วย PALLIATIVE CARE UNIT
- แบบบันทึกการให้ยา
- แบบบันทึกฟอร์มปรอท
- แบบบันทึกความปวด Pain record
- แบบบันทึกทางการพยาบาล
- หนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง
- หนังสือรับรองการตาย/แบบรับรองการตาย
- ใบอนุญาตให้ทำการฉีดศพ
- ใบนำศพ/ใบรับรองการนำศพออก

นอกจากนี้มีการติดตามการทบทวนความรู้ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุก 3 เดือน ส่งเสริมให้พยาบาลเข้าร่วมอบรมการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาศึกษาแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนถึงแก่กรรม

บทที่ 4

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขและพัฒนา

4.1 ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยง

การจัดทำคู่มือการแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) เพื่อกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จนถึงแก่กรรม ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างสอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางเวชปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานตามกระบวนการดูแลพบปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงานได้ดังตารางที่ 4-1 ดังนี้

ตารางที่ 4-1 ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน

ผังกระบวนการ	ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	- พยาบาลไม่สามารถประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ถูกต้องตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)
ประเมินความต้องการของญาติในการดูแลแบบประคับประคอง	- ญาติเกิดความลังเล รู้สึกผิด ที่เลือกรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ให้ญาติเซ็นหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง	- พยาบาลให้ญาติที่ไม่มีสิทธิ์ในการตัดสินใจรักษาเป็นผู้เซ็นเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง
ให้การดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตวิญญาณ ความเชื่อ - บรรเทาอาการเหนื่อย - จัดการความเจ็บปวด - ดูแลความสุขสบายทั่วไป - ดูแลเรื่องความเชื่อทางศาสนา - ดูแล Support จิตใจญาติ	- ผู้ป่วยมีความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกัน

ขั้นตอน	ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน
ให้ยากลุ่ม Opioids ตามแผนการรักษา	- พยาบาลขาดการติดตามและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยากลุ่ม Opioids เช่น คลื่นไส้อาเจียน กดการหายใจ
ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง	- พยาบาล/PN มักไม่แจ้งผลการวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยให้ญาติรับทราบ
ทำ EKG	ไม่พบปัญหา
รายงานแพทย์ - แพทย์ประเมิน Heart rate - แพทย์แจ้งญาติว่าผู้ป่วยเสียชีวิต - แพทย์เขียนหนังสือรับรองการตาย, แบบรับรองการตาย	- แพทย์เขียนหนังสือรับรองการตายผิดไม่เป็นไปตามหลักการ (เช่น เขียนการวินิจฉัยโรคเป็นภาษาอังกฤษซึ่งต้องเขียนเป็นภาษาไทย)
- โทรขอเลขที่การตายที่ห้องเวชระเบียน เบอร์โทรภายใน 3109, 3110 - แนะนำญาตินำหนังสือรับรองการตายแจ้งที่เทศบาลแสนสุขภายใน 24 ชั่วโมง - แนะนำญาติเรื่องการเตรียมเอกสารรับศพ - นัดหมายเรื่องการติดต่อขอรับศพ	- พยาบาลไม่ได้ให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยในการเตรียมเอกสาร
ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)	- กรณีผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไม่ได้ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)
จำหน่ายศพออกจากหอผู้ป่วย	ไม่พบปัญหา

4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

จากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จนถึงแก่กรรม (กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) พบปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน ผู้จัดทำคู่มือและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันดำเนินการแก้ไขและพัฒนา ได้ดังตารางที่ 4-2 ดังนี้

ตารางที่ 4-2 แนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนา

ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน	แนวทางการแก้ไขและพัฒนางาน
พยาบาลไม่สามารถประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ถูกต้องตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)	- จัดทำคู่มือการประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ถูกต้องตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)
ญาติเกิดความลังเล รู้สึกผิด ที่เลือกรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง	- ฝึกทักษะในการสื่อสาร เมื่อมีโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
พยาบาลให้ญาติที่ไม่มีสิทธิ์ในการตัดสินใจรักษาเป็นผู้เซ็นเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง	- ก่อนเซ็นเอกสาร สอบถามญาติถึงการเป็นญาติสายตรง ให้ญาติสายตรงและมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการรักษาเป็นผู้เซ็นเอกสาร
- ผู้ป่วยมีความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกัน	- อำนวยความสะดวกให้ญาติ และให้ญาติเป็นแกนนำในการทำพิธีตามศาสนาและความเชื่อ
พยาบาลขาดการติดตามและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยากลุ่ม Opioids เช่น คลื่นไส้อาเจียน กดการหายใจ	- กำหนดให้เข้าเยี่ยมอาการและประเมินอาการผู้ป่วยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงหลังให้ยา
พยาบาล/PN มักไม่แจ้งผลการวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยให้ญาติรับทราบ	- สร้างข้อกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานแจ้งผลการวัดสัญญาณชีพที่วัดได้เป็นตัวเลข และแปลผลให้ญาติทราบว่า ผิดปกติหรือไม่ทุกครั้งที่วัดสัญญาณชีพ

ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน	แนวทางการแก้ไขและพัฒนางาน
แพทย์เขียนหนังสือรับรองการตายผิดไม่เป็นไปตามหลักการ (เช่น เขียนการวินิจฉัยโรคเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องเขียนเป็นภาษาไทย)	- มีตัวอย่างการเขียนหนังสือรับรองการตายให้แพทย์ดู - พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้หนังสือรับรองการตายแก่ญาติ
พยาบาลไม่ได้ให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยในการเตรียมเอกสาร	- จัดทำเอกสารใบคำแนะนำขั้นตอนการเตรียมในผู้ป่วยเสียชีวิต
กรณีผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไม่ได้ทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)	- แจ้งญาติให้ทราบเหตุผลและข้อจำกัดที่ไม่สามารถทำพิธีคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death) ได้

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์. (2557). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก http://www.korathealth.com/korathealth/download/attractfile/14442126479.pdf

คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2551). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก. สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก http://web.lpnh.go.th/lphc/file/pps.pdf

เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัชรี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, และรัฏฐากรณ์ แซ่ลี้. (2563). การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและศาสนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

ดาริน จตุรภัทรพร. (ม.ป.ป.) วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (mahidol.ac.th)

ธีระพล สมหมายไชยา. (2563). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2562) บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ Role of Palliative Care Nurses in Tertiary Hospitals. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *21(1)*, 26-34.

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF

ฝ่ายการพยาบาล สถานพยาบาลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2556). คู่มือการการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ. สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก http://www.person.ku.ac.th/training/km/bestku-km/56/10.3.pdf

ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). Psychiatic assessment and management in palliative care ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ อักษรสัมพันธ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์, และสิริกานดา กอแก้ว. (2563). การดูแลภายหลังเสียชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

โรงพยาบาลปทุมธานี. (2561). ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก https://www.cgtoolbook.com/books004/files/assets/common/downloads/book%20digital.pdf?uni=d4454aea25d08bb5c1aca2b25b440839

วนาพรรณ ชื่นอิ่ม. (2561). การประคบร้อนและประคบเย็นที่ถูกต้อง. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก การประคบร้อน ประคบเย็น • รามา แชนแนล (mahidol.ac.th)

ศยามล สุขขา. (2560). ผลเสียของยา NSAIDs ต่อโรคไตเรื้อรังและแนวทางการใช้ยาที่ถูกต้อง. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก http://www.rajavithi.go.th/rj/wp- content/uploads/2017/07/03-2560.pdf

สำนักปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2556). ทฤษฎีระบบ (System Theory). สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก https://km.mhesi.go.th/content/ทฤษฎีระบบ-system-theory

Reassessing the assessment of pain: how the numeric scale became so popular in health care สืบค้น 16 มิถุนายน 2565 สืบค้นจาก https://whyy.org/segments/reassessing- the-assessment-of-pain-how-the-numeric-scale-became-so-popular-in-health-care/

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตัวอย่างแบบฟอร์ม

D-03-04(1/4)

แบบบันทึกประวัติสุขภาพ และสมรรถนะผู้ป่วย
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

วัน/เดือน/ปี ที่รับ.....เวลา..... เดินมา รถนั่ง รถนอน อื่นๆ..... รับใหม่จาก OPD103/Med/Sx./นอกเวลา/ ER /Referจาก.....

อุปกรณ์/เอกสารที่ส่งมากับผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรคแรกรับ.....

ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ บิดา/มารดา ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร ญาติ/ผู้ดูแล ☐ .....

1.ประวัติส่วนตัว : สถานภาพสมรส..... ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... ศาสนา.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท บุคคลที่ติดต่อได้..... .....เกี่ยวข้องเป็น.....

สถานที่ติดต่อ..... .....TEL.....

2.ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 อาการสำคัญ (ปัญหา,ระยะเวลา).....

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้อง.....

2.4 อาการแรกรับ (สิ่งตรวจพบ,ปัญหา).....

2.5 ระดับความรู้สึกตัว.....สัญญาณชีพแรกรับ T.....C PR/HR...../min RR...../min BP.....mmHg SO2.....%

2.6 ผลการตรวจร่างกาย .....

3.การประเมินภาวะสุขภาพ แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

3.1 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ☐ ไปรพ ☐ ไปร.พ.ส.ต. ☐ ซื้อยากินเอง ☐ ไปคลินิก ☐ รพ.เอกชน☐ อื่นๆ.....

3.2 ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ☐ ดูแลตนเอง ☐ ไม่มีผู้ดูแล☐อื่นๆ.....

3.3 เคยรักษาตัวในรพ. ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....ครั้ง ครั้งสุดท้าย /วัน/เดือน/ปี .....โรค.....

3.4 การผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....ครั้ง การผ่าตัดครั้งล่าสุด.....วัน/เดือน/ปี.....

3.5 ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ รุนแรง ☐ อื่นๆระบุ.....

3.6 สิ่งเสพติด

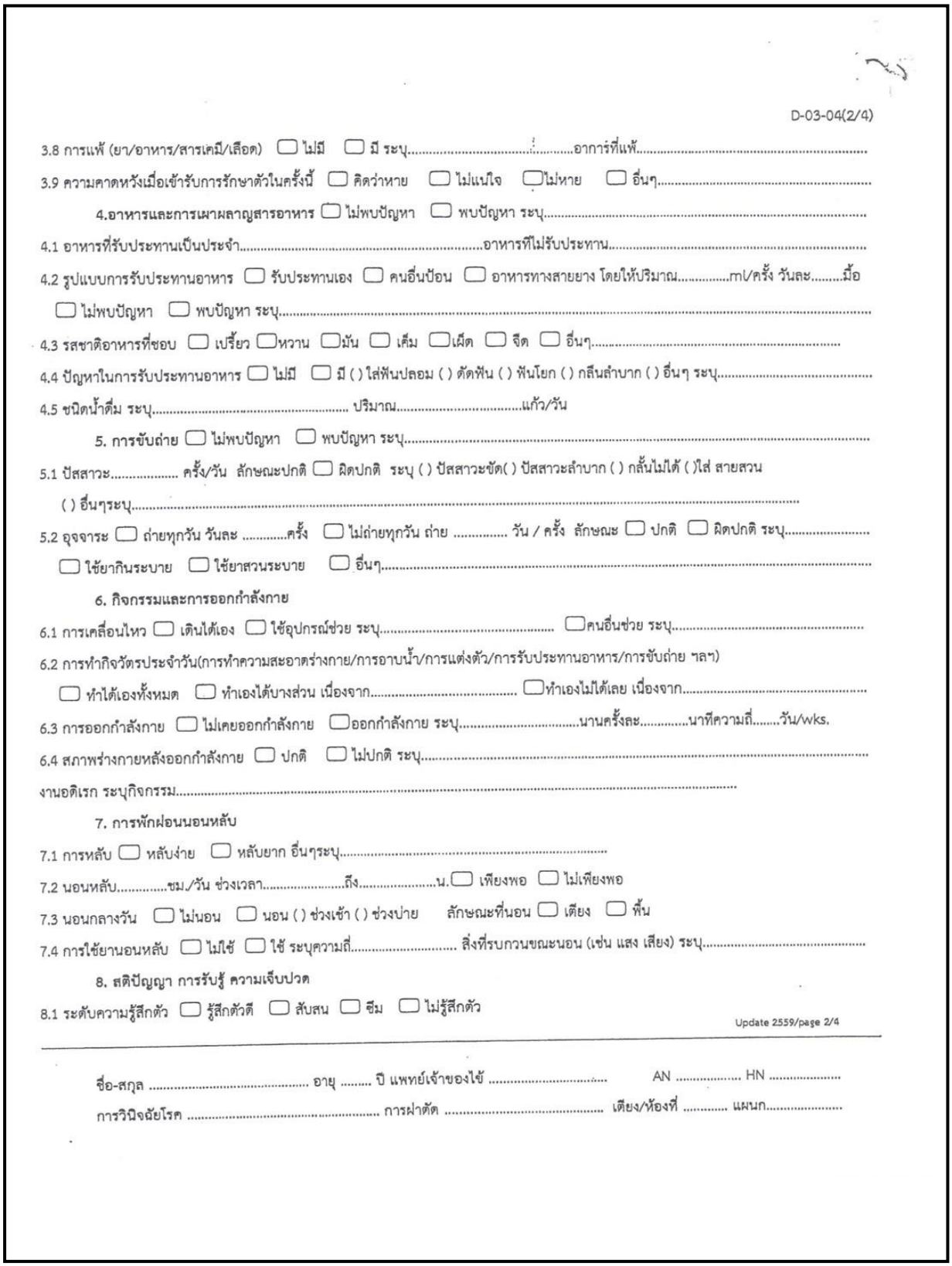
- เหล้า :☐ ไม่ดื่ม ☐ดื่ม ระบุปริมาณความถี่...../วัน เป็นเวลา.....ปี ☐ เลิกมานาน.....เดือน/ปี ☐ ยังไม่เลิก
- บุหรี่ :☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ระบุปริมาณความถี่..... มวน./วัน เป็นเวลา.....ปี ☐ เลิกมานาน.....เดือน/ปี ☐ ยังไม่เลิก
- สารเสพติดอื่นๆ :☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อ.....ปริมาณ/ความถี่..... ☐ เลิกมานาน.....เดือน/ปี ☐ ยังไม่เลิก

3.7 ยาชุด/ยาลูกกลอน ☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อ.....ปริมาณ/ความถี่..... ☐ เลิกมานาน.....เดือน/ปี ☐ ยังไม่เลิก

ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี แพทย์เจ้าของไข้ ..... AN ..... HN .....

การวินิจฉัยโรค ..... การผ่าตัด ..... เตียง/ห้องที่ ..... แผนก.....

ภาพที่ 1 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 1



D-03-04(2/4)

3.8 การแพ้ (ยา/อาหาร/สารเคมี/เลือด) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....อาการที่แพ้.....

3.9 ความคาดหวังเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในครั้งนี้ ☐ คิดว่าหาย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ไม่หาย ☐ อื่นๆ.....

4.อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ☐ ไม่พบปัญหา ☐ พบปัญหา ระบุ.....

4.1 อาหารที่รับประทานเป็นประจำ.....อาหารที่ไม่รับประทาน.....

4.2 รูปแบบการรับประทานอาหาร ☐ รับประทานเอง ☐ คนอื่นป้อน ☐ อาหารทางสายยาง โดยให้ปริมาณ.....ml/ครั้ง วันละ.....มื้อ

☐ ไม่พบปัญหา ☐ พบปัญหา ระบุ.....

4.3 รสชาติอาหารที่ชอบ ☐ เปรี้ยว ☐หวาน ☐มัน ☐ เค็ม ☐เผ็ด ☐ จืด ☐ อื่นๆ.....

4.4 ปัญหาในการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ( ) ใส่ฟันปลอม ( ) ดัดฟัน ( ) ฟันโยก ( ) กลืนลำบาก ( ) อื่นๆ ระบุ.....

4.5 ชนิดน้ำดื่ม ระบุ..... ปริมาณ.....แก้ว/วัน

5. การขับถ่าย ☐ ไม่พบปัญหา ☐ พบปัญหา ระบุ.....

5.1 ปัสสาวะ..... ครั้ง/วัน ลักษณะปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ ( ) ปัสสาวะขัด( ) ปัสสาวะลำบาก ( ) กลั้นไม่ได้ ( )ใส่ สายสวน

( ) อื่นๆระบุ.....

5.2 อุจจาระ ☐ ถ่ายทุกวัน วันละ .....ครั้ง ☐ ไม่ถ่ายทุกวัน ถ่าย ..... วัน / ครั้ง ลักษณะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

☐ ใช้ยากินระบาย ☐ ใช้ยาสวนระบาย ☐ อื่นๆ.....

6. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

6.1 การเคลื่อนไหว ☐ เดินได้เอง ☐ ใช้อุปกรณ์ช่วย ระบุ..... ☐คนอื่นช่วย ระบุ.....

6.2 การทำกิจวัตรประจำวัน(การทำความสะอาดร่างกาย/การอาบน้ำ/การแต่งตัว/การรับประทานอาหาร/การขับถ่าย ฯลฯ)

☐ ทำได้เองทั้งหมด ☐ ทำเองได้บางส่วน เนื่องจาก..... ☐ทำเองไม่ได้เลย เนื่องจาก.....

6.3 การออกกำลังกาย ☐ ไม่เคยออกกำลังกาย ☐ออกกำลังกาย ระบุ.....นานครั้งละ.....นาทีความถี่.....วัน/wks.

6.4 สภาพร่างกายหลังออกกำลังกาย ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

งานอดิเรก ระบุกิจกรรม.....

7. การพักผ่อนนอนหลับ

7.1 การหลับ ☐ หลับง่าย ☐ หลับยาก อื่นๆระบุ.....

7.2 นอนหลับ.....ชม./วัน ช่วงเวลา.....ถึง.....น.☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

7.3 นอนกลางวัน ☐ ไม่นอน ☐ นอน ( ) ช่วงเช้า ( ) ช่วงบ่าย ลักษณะที่นอน ☐ เตียง ☐ พื้น

7.4 การใช้ยานอนหลับ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุความถี่..... สิ่งที่รบกวนขณะนอน (เช่น แสง เสียง) ระบุ.....

8. สติปัญญา การรับรู้ ความเจ็บปวด

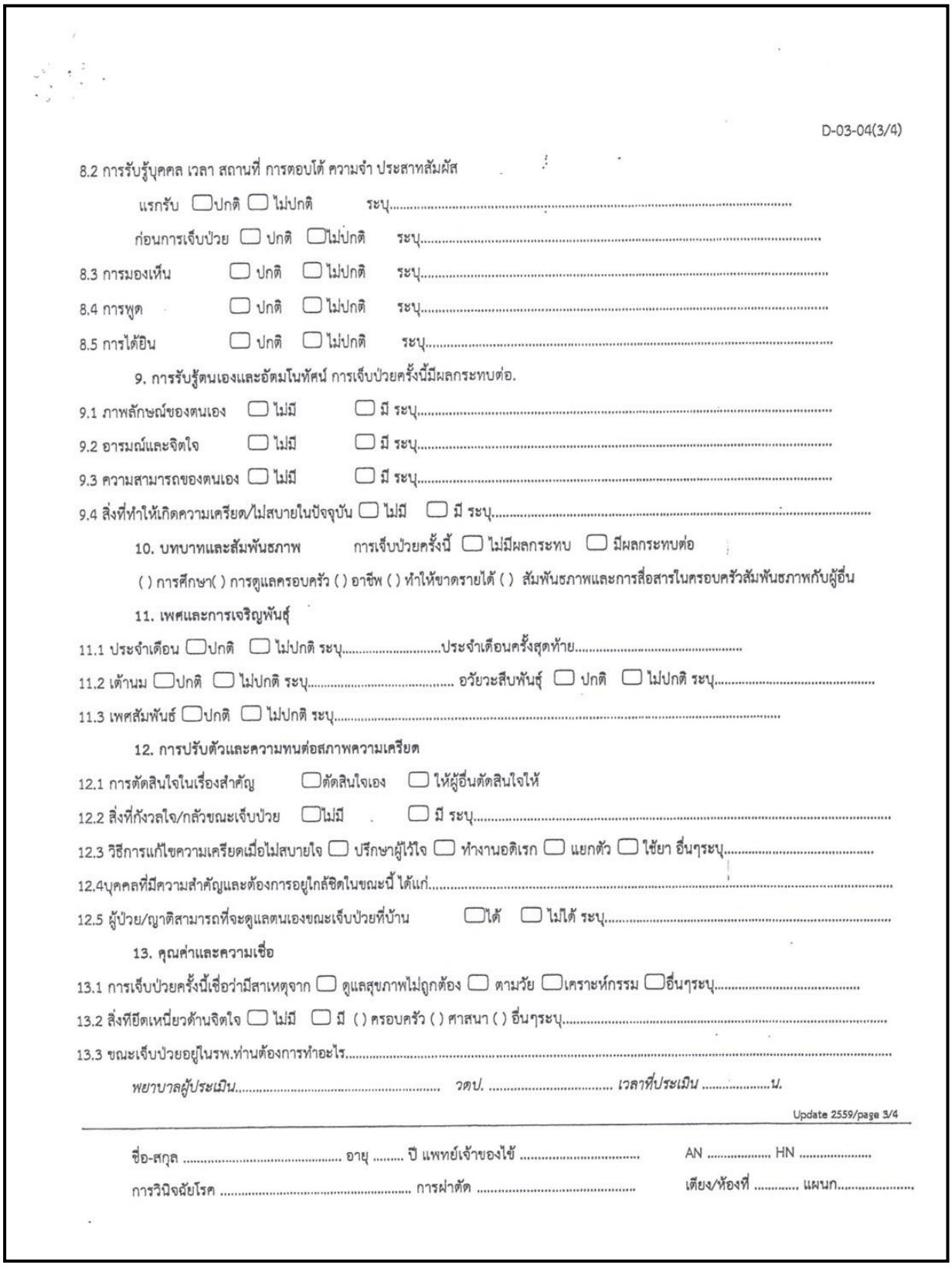
8.1 ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว

Update 2559/page 2/4

ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี แพทย์เจ้าของไข้ ..... AN ..... HN .....

การวินิจฉัยโรค ..... การผ่าตัด ..... เตียง/ห้องที่ ..... แผนก.....

ภาพที่ 2 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 2



D-03-04(3/4)

8.2 การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ การตอบโต้ ความจำ ประสาทสัมผัส

แรกรับ ☐ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

ก่อนการเจ็บป่วย ☐ ปกติ ☐ไม่ปกติ ระบุ.....

8.3 การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

8.4 การพูด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

8.5 การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

9. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ.

9.1 ภาพลักษณ์ของตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

9.2 อารมณ์และจิตใจ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

9.3 ความสามารถของตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

9.4 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด/ไม่สบายในปัจจุบัน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

10. บทบาทและสัมพันธภาพ การเจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ มีผลกระทบต่อ

( ) การศึกษา( ) การดูแลครอบครัว ( ) อาชีพ ( ) ทำให้ขาดรายได้ ( ) สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัวสัมพันธภาพกับผู้อื่น

11. เพศและการเจริญพันธุ์

11.1 ประจำเดือน ☐ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....

11.2 เต้านม ☐ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... อวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

11.3 เพศสัมพันธ์ ☐ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

12. การปรับตัวและความทนต่อสภาพความเครียด

12.1 การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ☐ตัดสินใจเอง ☐ ให้ผู้อื่นตัดสินใจให้

12.2 สิ่งที่กังวลใจ/กลัวขณะเจ็บป่วย ☐ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

12.3 วิธีการแก้ไขความเครียดเมื่อไม่สบายใจ ☐ ปรึกษาผู้ไว้ใจ ☐ ทำงานอดิเรก ☐ แยกตัว ☐ ใช้ยา อื่นๆระบุ.....

12.4บุคคลที่มีความสำคัญและต้องการอยู่ใกล้ชิดในขณะนี้ ได้แก่.....

12.5 ผู้ป่วย/ญาติสามารถที่จะดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยที่บ้าน ☐ได้ ☐ ไม่ได้ ระบุ.....

13. คุณค่าและความเชื่อ

13.1 การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่ามีสาเหตุจาก ☐ ดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ☐ ตามวัย ☐เคราะห์กรรม ☐อื่นๆระบุ.....

13.2 สิ่งที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ☐ ไม่มี ☐ มี ( ) ครอบครัว ( ) ศาสนา ( ) อื่นๆระบุ.....

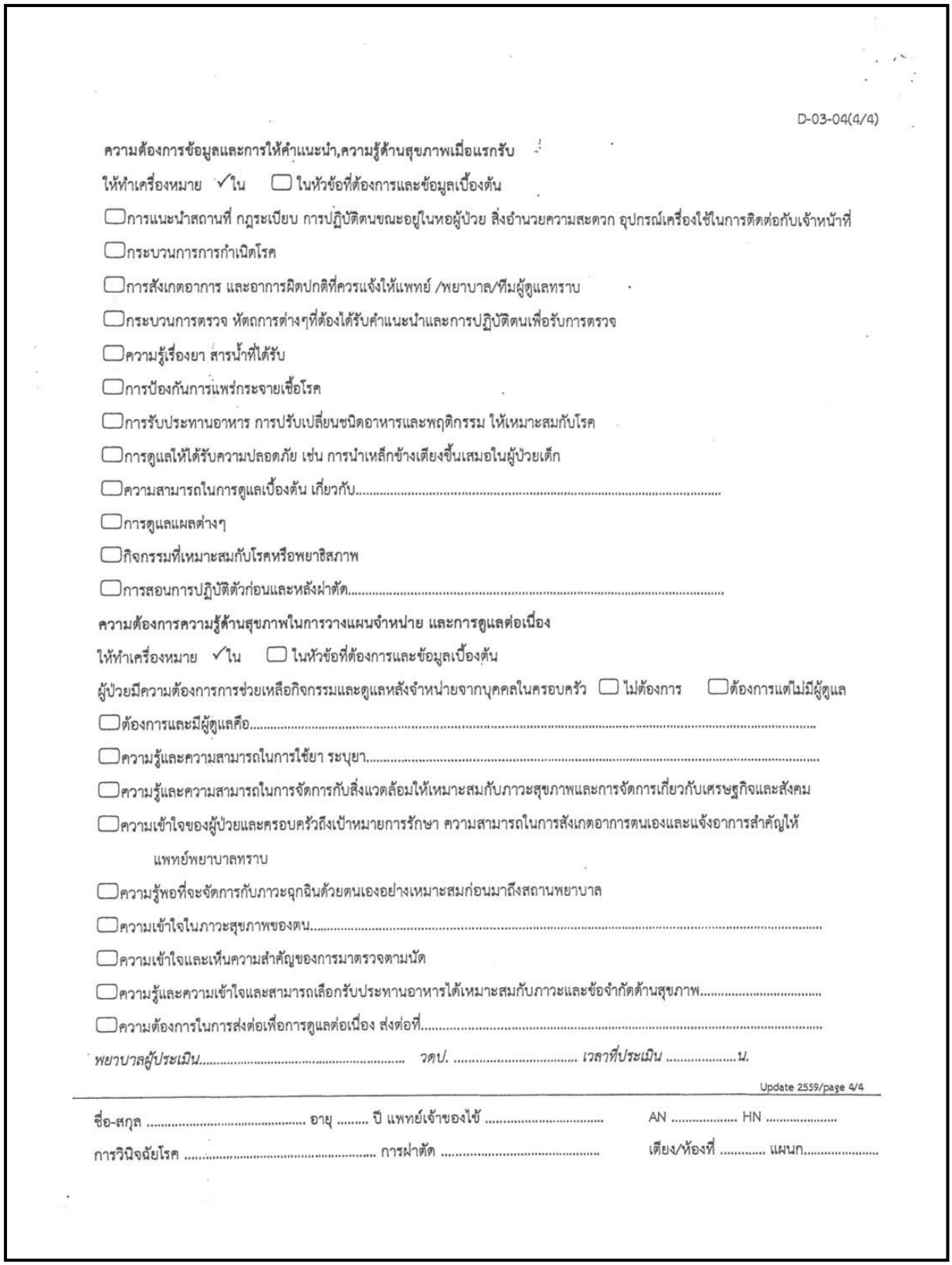
13.3 ขณะเจ็บป่วยอยู่ในรพ.ท่านต้องการทำอะไร.....

พยาบาลผู้ประเมิน..... วดป. ..... เวลาที่ประเมิน .....น.

ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี แพทย์เจ้าของไข้ ..... AN ..... HN .....

การวินิจฉัยโรค ..... การผ่าตัด ..... เตียง/ห้องที่ ..... แผนก.....

ภาพที่ 3 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 3



D-03-04(4/4)

ความต้องการข้อมูลและการให้คำแนะนำ,ความรู้ด้านสุขภาพเมื่อแรกรับ

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ใน ☐ ในหัวข้อที่ต้องการและข้อมูลเบื้องต้น

☐การแนะนำสถานที่ กฎระเบียบ การปฏิบัติตนขณะอยู่ในหอผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์เครื่องใช้ในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่

☐กระบวนการการกำเนิดโรค

☐การสังเกตอาการ และอาการผิดปกติที่ควรแจ้งให้แพทย์ /พยาบาล/ทีมผู้ดูแลทราบ

☐กระบวนการตรวจ หัตถการต่างๆที่ต้องได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตนเพื่อรับการตรวจ

☐ความรู้เรื่องยา สารน้ำที่ได้รับ

☐การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

☐การรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนชนิดอาหารและพฤติกรรม ให้เหมาะสมกับโรค

☐การดูแลให้ได้รับความปลอดภัย เช่น การนำเหล็กข้างเตียงขึ้นเสมอในผู้ป่วยเด็ก

☐ความสามารถในการดูแลเบื้องต้น เกี่ยวกับ.....

☐การดูแลแผลต่างๆ

☐กิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคหรือพยาธิสภาพ

☐การสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด.....

ความต้องการความรู้ด้านสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ใน ☐ ในหัวข้อที่ต้องการและข้อมูลเบื้องต้น

ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือกิจกรรมและดูแลหลังจำหน่ายจากบุคคลในครอบครัว ☐ ไม่ต้องการ ☐ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแล

☐ต้องการและมีผู้ดูแลคือ.....

☐ความรู้และความสามารถในการใช้ยา ระบุยา.....

☐ความรู้และความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและการจัดการเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม

☐ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการรักษา ความสามารถในการสังเกตอาการตนเองและแจ้งอาการสำคัญให้แพทย์พยาบาลทราบ

☐ความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

☐ความเข้าใจในภาวะสุขภาพของตน.....

☐ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

☐ความรู้และความเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ.....

☐ความต้องการในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อที่.....

พยาบาลผู้ประเมิน..... *วดป.* ..... *เวลาที่ประเมิน* .....น.

Update 2559/page 4/4

ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี แพทย์เจ้าของไข้ ..... AN ..... HN .....

การวินิจฉัยโรค ..... การผ่าตัด ..... เตียง/ห้องที่ ..... แผนก.....

ภาพที่ 4 แบบบันทึกประวัติสุขภาพและสมรรถนะผู้ป่วย หน้า 4

การใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2) ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), และ POS

เกณฑ์การให้คะแนน PPS =100-70 % (ระยะคงที่), PPS = 60-40% (ระยะเปลี่ยนผ่าน), PPS = 30-10% (ระยะสุดท้าย)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานไม่ได	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต	-	-	-	-

แบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆที่มี ณ เวลาที่ประเมินมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึมอาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ณ. ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล วิตกกังวลมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการง่วงซึมสะลึมสะลือ มีอาการง่วงซึมสะลึมสะลือมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สบายกายและใจเลย
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

หลักเกณฑ์ในการประเมิน POS (แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง)

การประเมินแต่ละครั้ง ต้องห่างกันอย่างน้อย 3 วันใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจำนวน 10 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 40 คะแนน ให้เลือกคำตอบ 5 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4

0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1= เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง

2= บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่

4= มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS)	0	1	2	3	4
1.ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือไม					
2.ผู้ป่วยมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูก หรือไม่					
3.ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา หรือไม่					
4. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือ เพื่อนของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือไม่					
5.ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนของผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษามากน้อยเพียงใด					
6. ผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน หรือไม่					
7. ผู้ป่วยมีความรู้สึกซึมเศร้าใจ หรือไม่					
8. ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเอง หรือไม่					
9. ผู้ป่วยเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาล หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่					
10.ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านปัญหาการเงินหรือปัญหาส่วนตัวหรือไม่					
รวมคะแนน POS					

หลักเกณฑ์ในการประเมิน PPS

1. ใช้ประเมินสภาวะผู้ป่วยในขณะนั้นตามความเป็นจริง ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา โดยยึดคอลัมน์ทางซ้ายเป็นหลัก หากคอลัมน์ทางขวาได้คะแนนมากกว่าทางซ้าย จะให้คะแนนตามคอลัมน์ซ้าย
2. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางได้ เช่น คะแนน 65% ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 60% หรือ 70% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถของผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด
3. สามารถใช้ประเมินได้ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล แต่ควรใช้โดยบุคคลากรทางการแพทย์ โดยทั่วไปมักจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์

หลักเกณฑ์ในการประเมิน ESAS

1. ประเมินทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
2. เกณฑ์การให้คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการ 10 หมายถึงมีอาการมาก
3. คะแนนประเมินที่เกินจาก 4 ผู้ป่วยควรได้รับการจัดการโดยการได้รับยา
4. คะแนนประเมิน 1- 3 ความได้รับการดูแลด้านความสุขสบายโดยไม่ต้องใช้ยา

ภาพที่ 5 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

D-05-30

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
หนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง

เขียนที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา แผนก.....
วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง /น.ส.).....(ผู้อนุญาต) มีความสัมพันธ์เป็น.....
กับ (นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ.).....ข้าพเจ้าได้รับทราบอาการและความก้าวหน้าในการรักษาจากแพทย์และทีมผู้ดูแลแล้ว

ข้าพเจ้ามีความปรารถนาให้แพทย์และทีมผู้ดูแลให้การรักษาแบบประคับประคอง
(นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ.).....เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบโดย

- ☐ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- ☐ ให้ยาบรรเทาอาการของผู้ป่วยตามความเห็นของแพทย์
- ☐ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☐ ไม่ช่วยนวดหัวใจ กรณีหัวใจหยุดเต้น
- ☐ ไม่ใช้ยากระตุ้นหัวใจ หรือยากระตุ้นความดันโลหิต
- ☐ อื่นๆ.....

โดยข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....ได้พิจารณาอย่างละเอียดแล้ว เพื่อตัดสินใจให้แพทย์ทีมผู้ดูแลให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ทำให้ข้าพเจ้าเปลี่ยนใจในภายหลัง ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหาย หรือค่าทดแทนในความรับผิดชอบจากโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

อนึ่ง เพื่อให้ข้าพเจ้าและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่ลงกรุณาติดต่อข้าพเจ้า และบุคคลที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

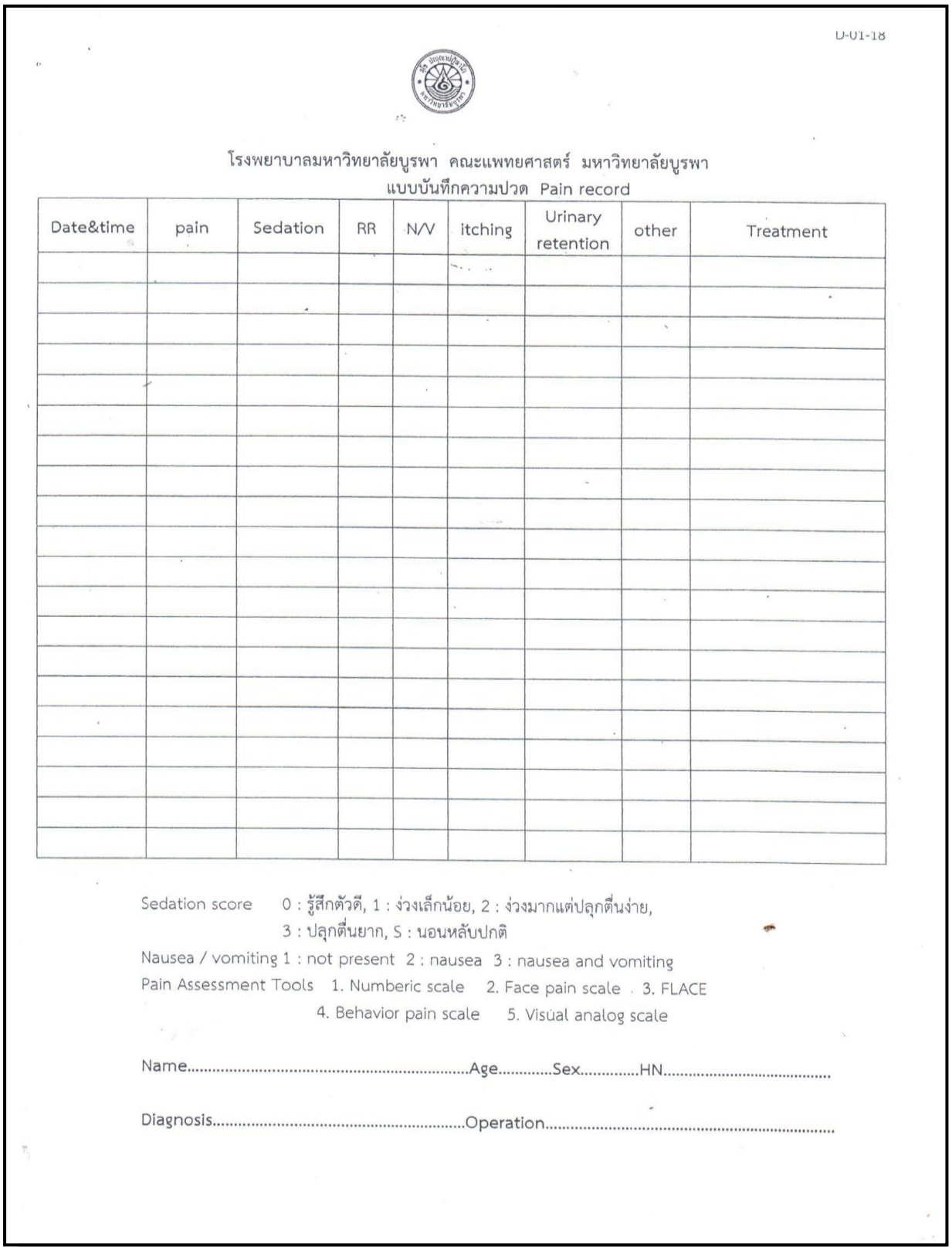
(1).....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทร.....
(2).....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทร.....
(3).....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทร.....

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน ณ วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
แพทย์ผู้รักษา	ญาติผู้อนุญาต
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาบาล	พยาน (ญาติ)

หมายเหตุ : ผู้อนุญาต หมายถึง ญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้องที่สืบเชื้อสายเดียวกัน หรือ สามี ภรรยา ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ขณะนั้น ทั้งทางพฤตินัย และนิตินัย

ภาพที่ 6 หนังสือแสดงความยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง



D-01-18

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบบันทึกความปวด Pain record

Date&time	pain	Sedation	RR	N/V	itching	Urinary retention	other	Treatment

Sedation score 0 : รู้สึกตัวดี, 1 : ง่วงเล็กน้อย, 2 : ง่วงมากแต่ปลุกตื่นง่าย,
3 : ปลุกตื่นยาก, S : นอนหลับปกติ

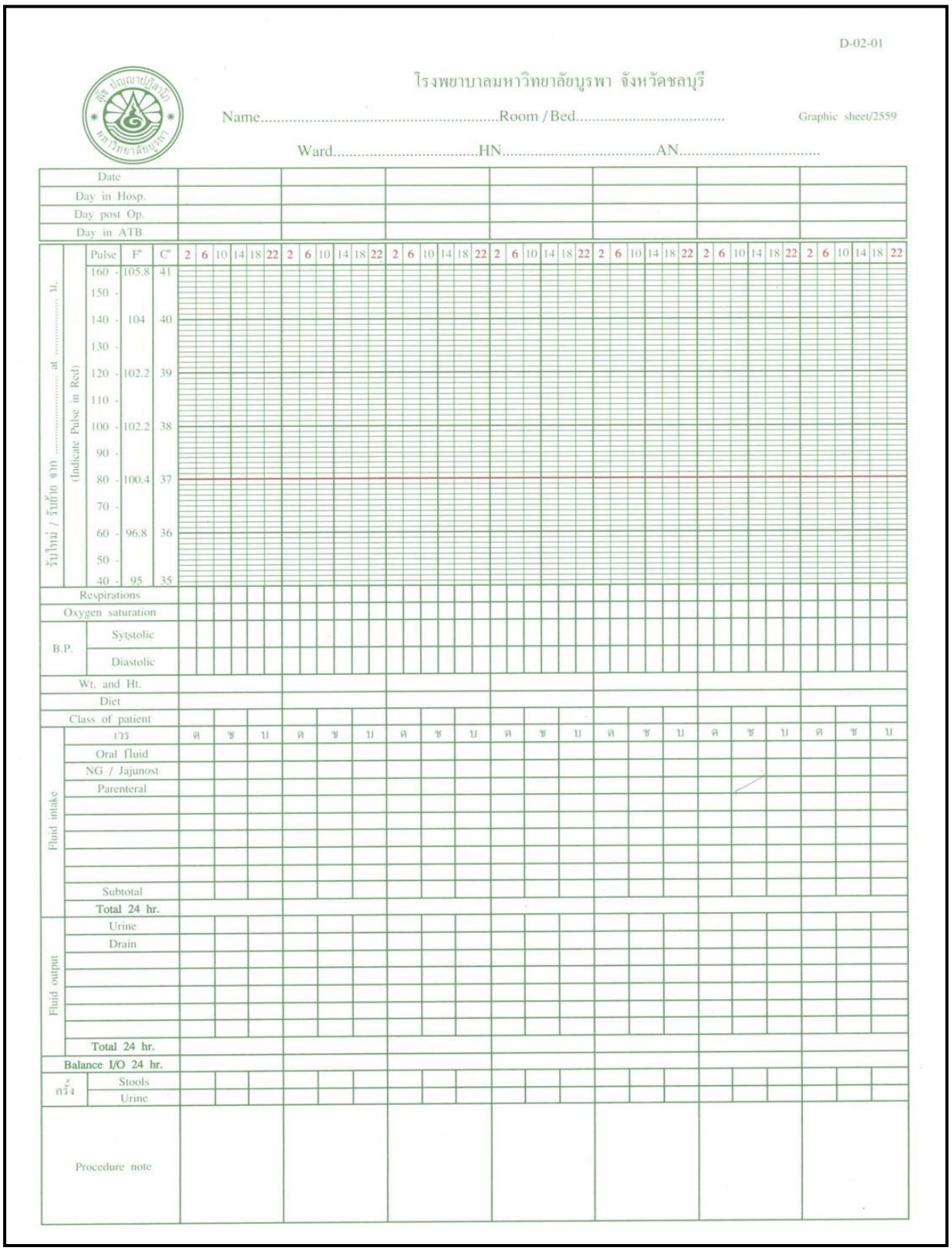
Nausea / vomiting 1 : not present 2 : nausea 3 : nausea and vomiting

Pain Assessment Tools 1. Numberic scale 2. Face pain scale 3. FLACE
4. Behavior pain scale 5. Visual analog scale

Name.....Age.....Sex.....HN.....

Diagnosis.....Operation.....

ภาพที่ 7 แบบบันทึกความปวด Pain record



D-02-01

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

Name.....Room / Bed.....

Graphic sheet/2559

Ward.....HN.....AN.....

Date

Day in Hosp.

Day post Op.

Day in ATB

รับใหม่ / รับย้าย จาก ..... น. at ..... (Indicate Pulse in Red)

Pulse | F° | C°

160 - 105.8 41

150 -

140 - 104 40

130 -

120 - 102.2 39

110 -

100 - 102.2 38

90 -

80 - 100.4 37

70 -

60 - 96.8 36

50 -

40 - 95 35

2 6 10 14 18 22 2 6 10 14 18 22 2 6 10 14 18 22 2 6 10 14 18 22 2 6 10 14 18 22 2 6 10 14 18 22 2 6 10 14 18 22

Respirations

Oxygen saturation

B.P. Sytstolic

Diastolic

Wt. and Ht.

Diet

Class of patient

เวร ด ช บ ด ช บ ด ช บ ด ช บ ด ช บ ด ช บ ด ช บ

Fluid intake

Oral fluid

NG / Jajunost

Parenteral

Subtotal

Total 24 hr.

Fluid output

Urine

Drain

Total 24 hr.

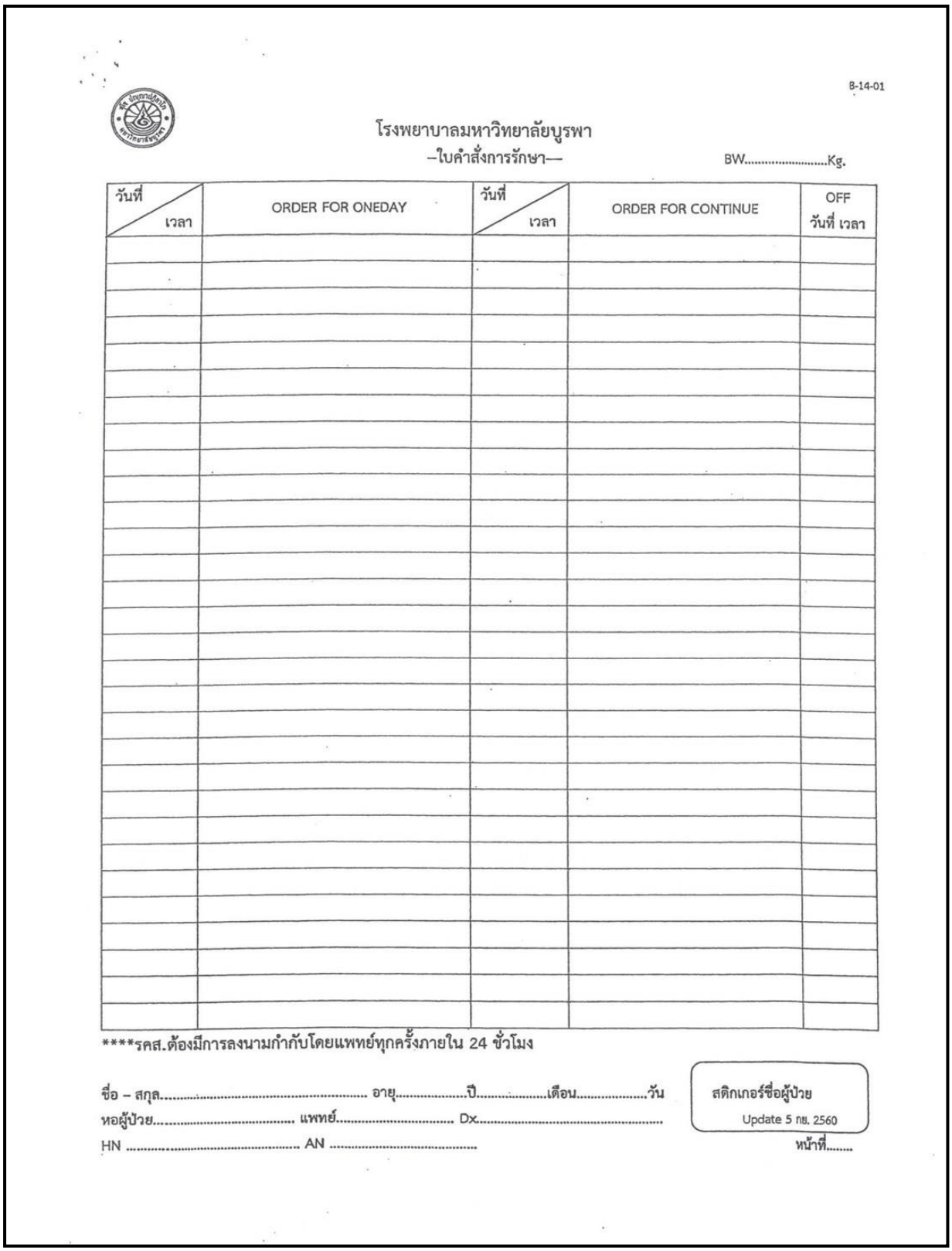
Balance I/O 24 hr.

กรัม Stools

Urine

Procedure note

ภาพที่ 8 แบบบันทึกฟอร์มปรอท



B-14-01

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

–ใบคำสั่งการรักษา–

BW.....Kg.

วันที่ / เวลา	ORDER FOR ONEDAY	วันที่ / เวลา	ORDER FOR CONTINUE	OFF วันที่ เวลา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
บันทึกการใช้ยา

เฉพาะ OneDay

HN :
AN :

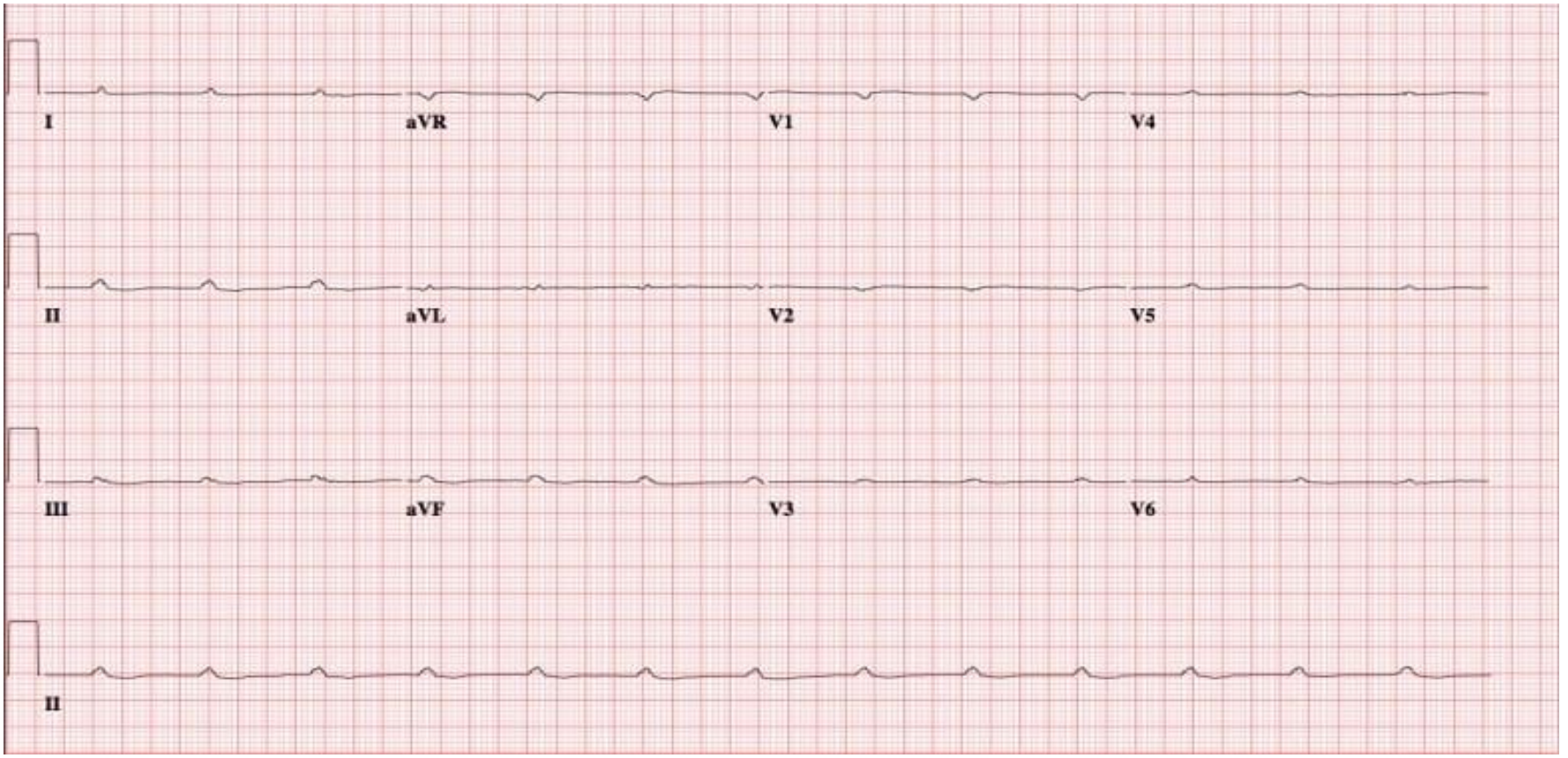
ชื่อ - นามสกุล อายุ ปี เดือน วัน

ห้อง พิเศษ 6 :-614 เตียง 614 แพ้ยา

Start Date	Stop Date	order Detail	Time to	Date
22/06/2565		hdMORPhine 10 mg/1 ml Inj (ยส2)		17/4/65
		ระวัง! ยาเสี่ยงสูง	I	
		IM,IV จจ10mg in10mL W,IVF จจ in100mL D/N (24h),epidural		
		IV push>5min/ Inf.ต้องให้ผ่าน Inf.pump/Epi สั่งให้โดยวิสัญญี		

การตรวจสอบโดยพยาบาลหัวหน้าเวร Incharge nurse เวรเช้า (ช่วงเช้า) เวรบ่าย 22.00 น. เวรดึก 2.00 น.		
	ดึก	-
	เช้า	อรุณ
	บ่าย	

ภาพที่ 10 ใบบันทึกการให้ยา



ภาพที่ 11 ผลอ่าน EKG เป็น Cardiac Asystole

ท.ร. 4/1 ตอนที่ 1

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่..... / ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน _-_____-_____-__-_	1.3 เพศ
	1.4 อายุ ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.7 สถานภาพสมรส
	1.8 ที่อยู่			1.9 ศาสนา
2 รายการตาย	2.1 ตาย วันที่ เวลา น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER)) a) ..... (due to) b) ..... (due to) c) ..... (due to) d)			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต ....
	2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....			
	2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).....			
	2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ			
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
4 มารดาบิดาของผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา		4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน _-_____-_____-__-_
	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา		4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน _-_____-_____-__-_
5 ผู้รับรองการตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล			เลขประจำตัวประชาชน _-_____-_____-__-_
	5.2 เป็น ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน ☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....			

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศ และใช้ในด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้

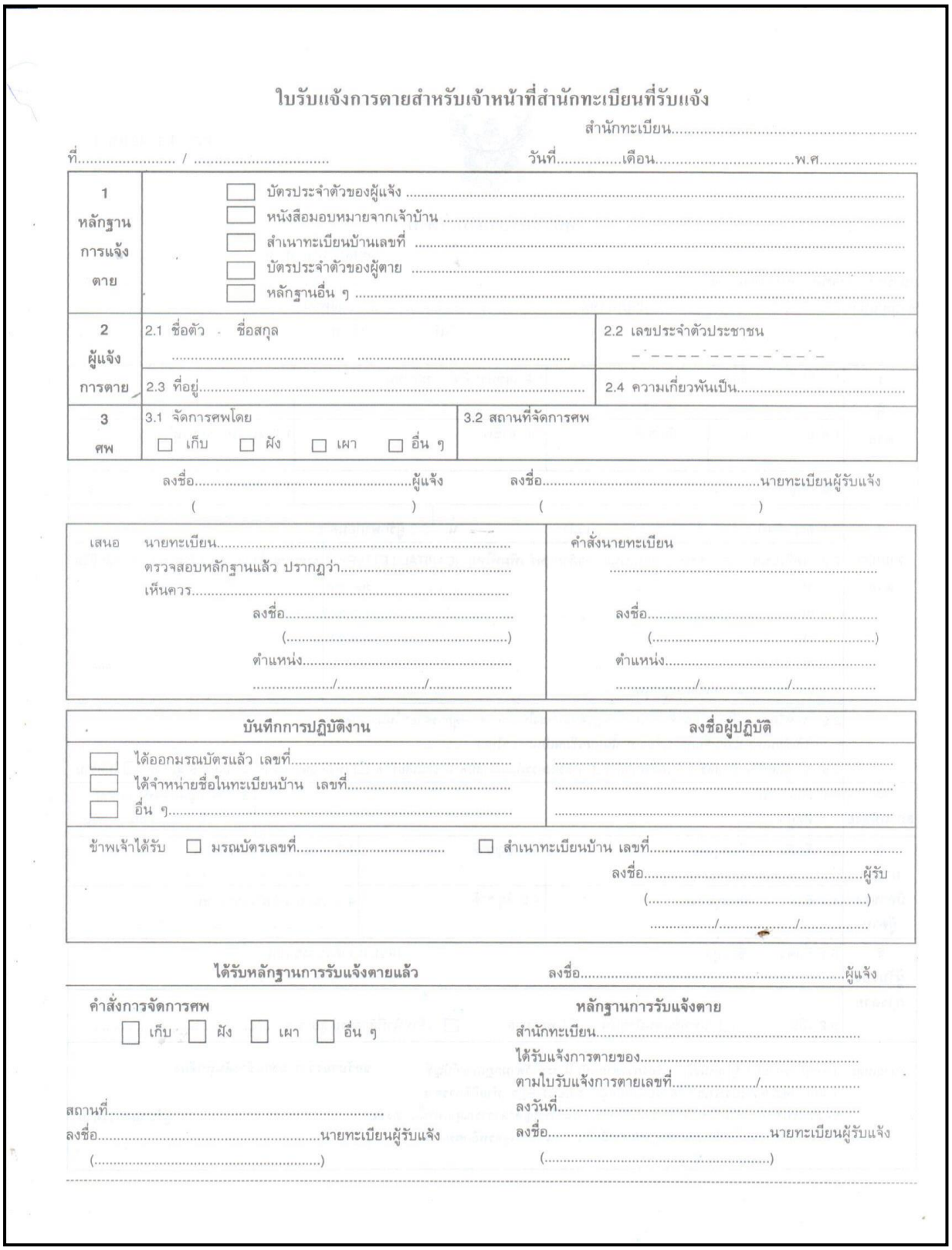
ขอรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง

ลงชื่อ

ผู้รับรองการตาย

( )

ภาพที่ 12 หนังสือรับรองการตายหน้า 1



ใบรับแจ้งการตายสำหรับเจ้าหน้าที่สำนักทะเบียนที่รับแจ้ง

สำนักทะเบียน.....

ที่..... / ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 หลักฐานการแจ้งตาย	☐ บัตรประจำตัวของผู้แจ้ง ..... ☐ หนังสือมอบหมายจากเจ้าบ้าน ..... ☐ สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ ..... ☐ บัตรประจำตัวของผู้ตาย ..... ☐ หลักฐานอื่น ๆ	
2 ผู้แจ้งการตาย	2.1 ชื่อตัว ชื่อสกุล	2.2 เลขประจำตัวประชาชน _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	2.3 ที่อยู่.....	2.4 ความเกี่ยวพันเป็น.....
3 ศพ	3.1 จัดการศพโดย ☐ เก็บ ☐ ฝัง ☐ เผา ☐ อื่น ๆ	3.2 สถานที่จัดการศพ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

( ) ( )

เสนอ นายทะเบียน..... ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ปรากฏว่า..... เห็นควร..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... ...../...../.....	คำสั่งนายทะเบียน ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... ...../...../.....

บันทึกการปฏิบัติงาน	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
☐ ได้ออกมรณบัตรแล้ว เลขที่.....	.....
☐ ได้จำหน่ายชื่อในทะเบียนบ้าน เลขที่.....	.....
☐ อื่น ๆ.....	.....

ข้าพเจ้าได้รับ ☐ มรณบัตรเลขที่..... ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(.....)

...../...../.....

ได้รับหลักฐานการรับแจ้งตายแล้ว ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

คำสั่งการจัดการศพ ☐ เก็บ ☐ ฝัง ☐ เผา ☐ อื่น ๆ สถานที่..... ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง (.....)	หลักฐานการรับแจ้งตาย สำนักทะเบียน..... ได้รับแจ้งการตายของ..... ตามใบรับแจ้งการตายเลขที่...../..... ลงวันที่..... ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง (.....)

ภาพที่ 13 หนังสือรับรองการตายหน้า 2

E-02-01

แบบรายงานการตาย

สถานบริการชื่อ...โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

1. ข้อมูลผู้ตาย

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

ผู้ตายชื่อ – สกุล (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.).....

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

วันเดือนปีเกิด.....วันเดือนปีที่ตาย.....เวลา.....น.

( ) เกิดไร้ชีพ

อายุ

(กรอกเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่ง)

ปีเต็ม	ถ้า < 1 ปี		ถ้า < 24 ชม.	
	เดือน	วัน	ชม	นาที

สัญชาติ ( ) 1. ไทย ( ) 2.อื่นๆ ระบุ.....( ) 3. ไม่ทราบ

สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หย่า ( ) 4. หม้าย ( ) 5. แยกกันอยู่ ( ) 6. ไม่ทราบ

อาชีพหลัก.....(ให้ระบุรายละเอียดของอาชีพร่วมด้วย เช่น ทำนาข้าว ทำไร่ ลูกจ้างไร่อ้อย ค้าขายอาหาร เจ้าของโรงงานทำปูนขาว รับจ้างขับรถบรรทุกข้ามจังหวัด)

ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

2. ชื่อสกุลบิดามารดา

บิดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

3. สถานที่ตาย

( ) 1. ตายในสถานพยาบาล ชื่อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ( ) 2. ตายนอกสถานพยาบาล

4. ผู้รักษาก่อนตาย

( ) 1. ไม่มี ( ) 2. แพทย์แผนปัจจุบัน ( ) 3. แพทย์แผนโบราณ ( ) 4.อื่นๆระบุ.....( ) 5.ไม่ทราบ

5. ประวัติการเจ็บป่วยและเหตุการณ์ที่นำไปสู่การตาย

5.1 อาการหลักก่อนเสียชีวิต (ระบุรายละเอียดระยะเวลาที่เกิดอาการตามลำดับก่อนหลัง*ถ้าเขียนไม่พอใช้กระดาษธรรมดาเขียนเพิ่มเติมและเย็บติดไว้)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาพที่ 14 แบบรายงานการตายหน้า 1

( ) 1. สูบบุหรี่มานาน.....ปี ( ) 2. หยุดสูบบุหรี่.....ปี.....เดือน ( ) 3. ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

5.2 เคยไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ ( ) ไม่เคย

( ) เคย โรงพยาบาล.....HN.....AN.....

โรงพยาบาล..... HN.....AN.....

5.3 ข้อมูลประวัติการรักษาในโรงพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.4 ข้อมูลไม่เพียงพอ จะต้องค้นประวัติเพิ่มเติมจาก

รพ.....จังหวัด.....

รพ.....จังหวัด.....

6. กรณีเป็นหญิงอายุ 15 – 49 ปี

( ) 1. ตั้งครรภ์หลังคลอดภายใน 42 วัน ( ) 2. ไม่ได้ตั้งครรภ์/คลอด ( ) 3. ไม่ทราบ

7. โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่ CAPITAL LETTER) ห้ามใช้คำย่อ

	ชื่อโรค	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต
a)	.....(due to)	.....
b)	.....(due to)	.....
c)	.....(due to)	.....
d)	.....(due to)	.....

7.1 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....

8. คำรับรองของผู้ให้ข้อมูลการตาย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำให้การของข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ

ความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย.....

ลงชื่อ.....

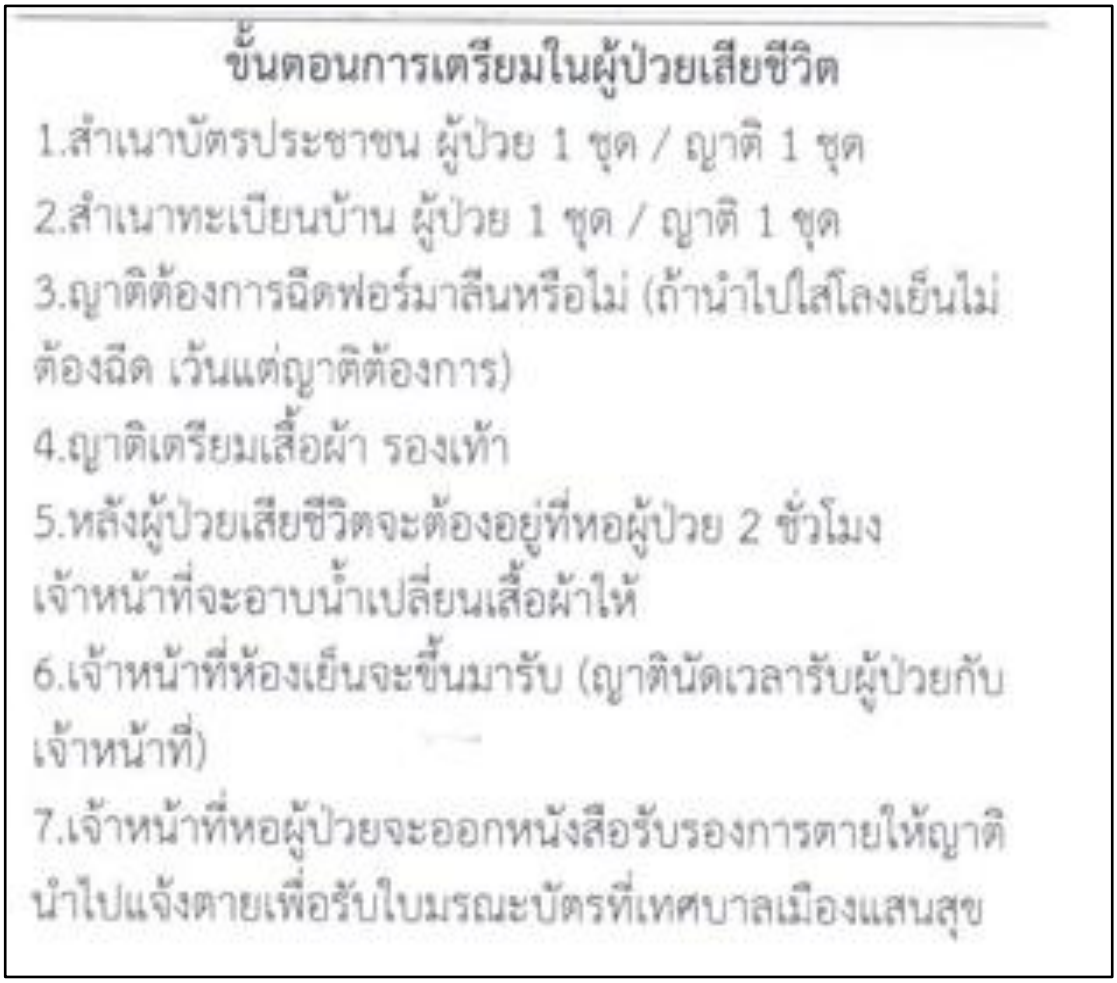
(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....

Update มิย.2559

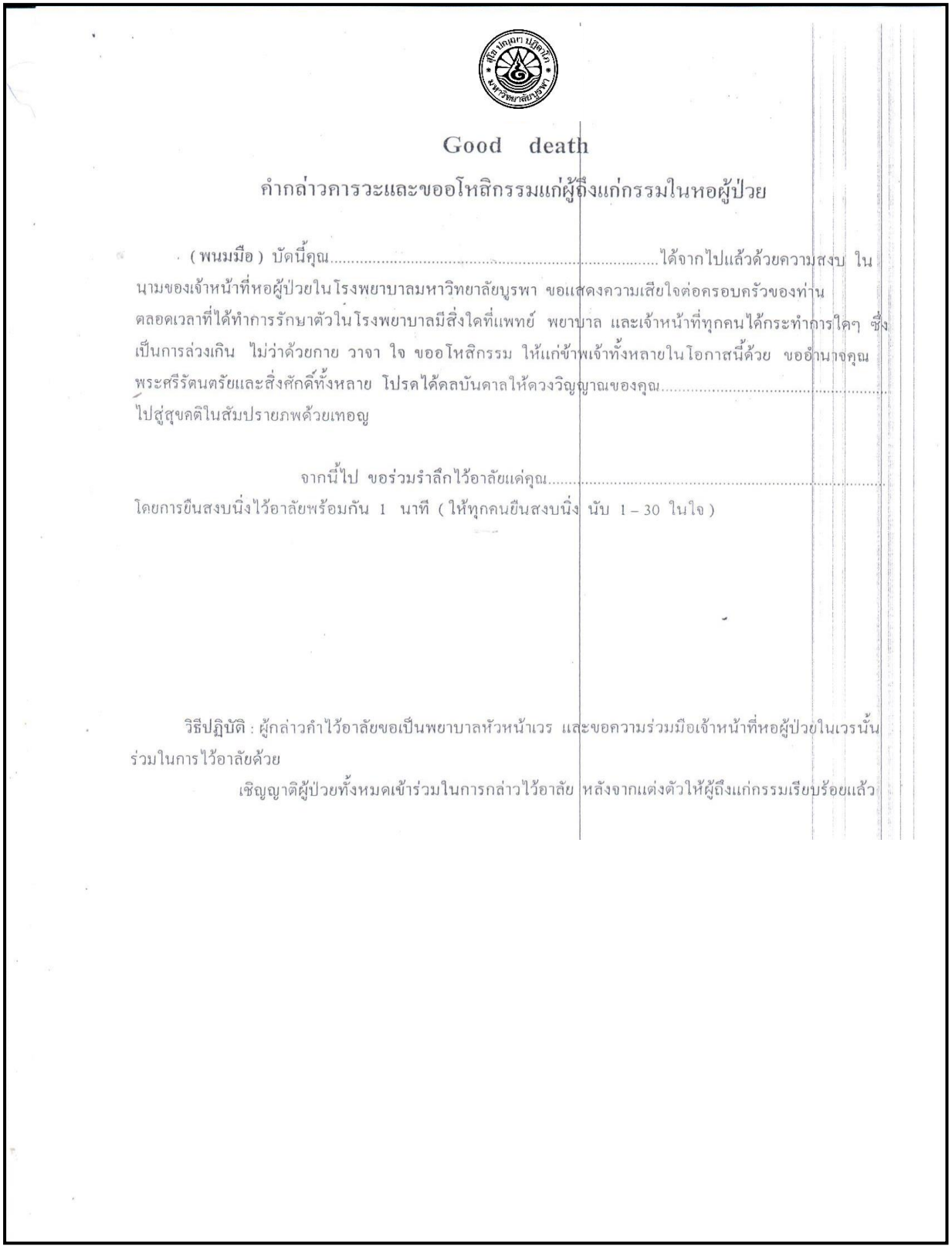
ภาพที่ 15 แบบรับรองการตายหน้า 2



ขั้นตอนการเตรียมในผู้ป่วยเสียชีวิต

1.สำเนาบัตรประชาชน ผู้ป่วย 1 ชุด / ญาติ 1 ชุด
2.สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ป่วย 1 ชุด / ญาติ 1 ชุด
3.ญาติต้องการฉีดฟอร์มาลีนหรือไม่ (ถ้านำไปใส่โลงเย็นไม่ต้องฉีด เว้นแต่ญาติต้องการ)
4.ญาติเตรียมเสื้อผ้า รองเท้า
5.หลังผู้ป่วยเสียชีวิตจะต้องอยู่ที่หอผู้ป่วย 2 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่จะอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าให้
6.เจ้าหน้าที่ห้องเย็นจะขึ้นมารับ (ญาตินัดเวลารับผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่)
7.เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจะออกหนังสือรับรองการตายให้ญาตินำไปแจ้งตายเพื่อรับใบมรณะบัตรที่เทศบาลเมืองแสนสุข

ภาพที่ 16 ใบคำแนะนำการเตรียมเอกสารหลังผู้ป่วยเสียชีวิต



Good death

คำกล่าวคารวะและขออโหสิกรรมแก่ผู้ถึงแก่กรรมในหอผู้ป่วย

(พนมมือ) บัดนี้คุณ.....ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ขอแสดงความเสียใจต่อครอบครัวของท่าน ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ ขออโหสิกรรม ให้แก่ข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์ทั้งหลาย โปรดได้ดลบันดาลให้ดวงวิญญาณของคุณ..... ไปสู่สุขคติในสัมปรายภพด้วยเทอญ

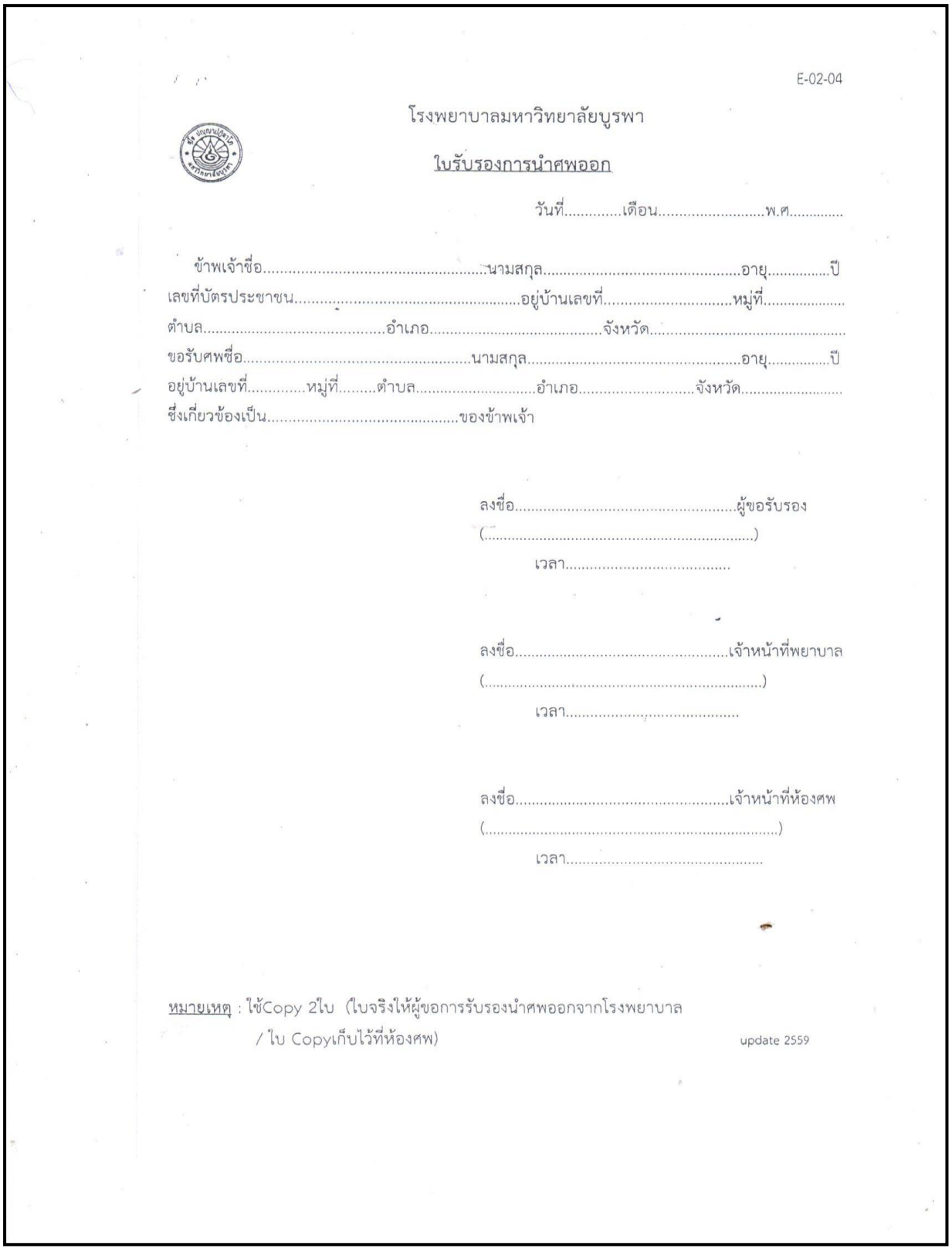
จากนี้ไป ขอร่วมรำลึกไว้อาลัยแด่คุณ.....

โดยการยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที (ให้ทุกคนยืนสงบนิ่ง นับ 1 – 30 ในใจ)

วิธีปฏิบัติ : ผู้กล่าวคำไว้อาลัยขอเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในเวรนั้นร่วมในการไว้อาลัยด้วย

เชิญญาติผู้ป่วยทั้งหมดเข้าร่วมในการกล่าวไว้อาลัย หลังจากแต่งตัวให้ผู้ถึงแก่กรรมเรียบร้อยแล้ว

ภาพที่ 17 ใบคารวะและอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรม (Good Death)



E-02-04

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ใบรับรองการนำศพออก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ขอรับศพชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับรอง
(.....)
เวลา.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่พยาบาล
(.....)
เวลา.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ห้องศพ
(.....)
เวลา.....

หมายเหตุ : ใช้Copy 2ใบ (ใบจริงให้ผู้ขอการรับรองนำศพออกจากโรงพยาบาล
/ ใบ Copyเก็บไว้ที่ห้องศพ)

update 2559

ภาพที่ 18 ใบนำศพออก

ภาคผนวก ข
ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หน้า ๓
เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๒๖๑ ง ราชกิจจานุเบกษา ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย โดยหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในกระบวนการสื่อสารในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้และมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการกำหนดคำนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลสามารถกำหนดแนวทางในการรักษา เกิดการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรด้านสุขภาพ ต่อไป

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๕ (๑๐) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๓ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศ นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามท้ายประกาศนี้เพื่อให้มีผลบังคับใช้ เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ นำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ของตนเองต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
อนุทิน ชาญวีรกูล
รองนายกรัฐมนตรี
ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้าย

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition)

ของคำที่เกี่ยวข้องกับ

เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย ที่จัดทำขึ้นจำเป็นต้องได้รับการยอมรับและมีความเข้าใจร่วมกันจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรสาขาอื่นๆ เพื่อให้มีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานองค์กรของตนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ นับตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การกำหนดแผนงานโครงการ การกำหนดงบประมาณ การจัดการทรัพยากรบุคคล การให้บริการ และการเงินการคลัง ตลอดจนการควบคุมกำกับ การตรวจสอบ การพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

ได้พิจารณาเอกสาร นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

ชื่นชม คณะทำงานวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ร่วมกันจัดทำ นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยขึ้น

รับทราบ สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น

ตระหนัก ว่าปัจจุบันผู้ให้บริการสาธารณสุขและสถานพยาบาลมีการจัดบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองกันอย่างกว้างขวาง แต่มีรูปแบบบริการที่หลากหลาย ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลกับการจัดระบบการสนับสนุนและการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขตามมา

ตระหนัก ถึงความจำเป็นของการมีนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน หน่วยงานนโยบายด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา ส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐอื่นๆ องค์กรเอกชน องค์กรศาสนา และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง สำหรับนำนิยามนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการตามภารกิจและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานหรือองค์กรของตนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมภายใต้บริบทของประเทศไทย

จึงมีมติดังนี้

๑. รับรอง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย ตามเอกสารแนบมติในสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนี้

๒. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ นำเสนอ นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และจัดทำเป็นประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ประกาศลงราชกิจจานุเบกษาต่อไป

๒.๒ สื่อสารนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย กับกระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา สถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานรัฐอื่นๆ องค์กรเอกชน องค์กรศาสนา และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา องค์กรเอกชน องค์กรศาสนา และภาคประชาสังคม และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันนำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย ไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้และพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสมสอดคล้องตามตามภารกิจอำนาจหน้าที่และบริบทของตน

๔. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

๕. ขอให้สถานพยาบาล หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน หน่วยงานด้านนโยบายสุขภาพ องค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข องค์กรด้านศาสนา และอื่นๆ พิจารณาการนำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและประชาชน รวมทั้งการศึกษาวิจัยตามหน้าที่และอำนาจของตน

๖. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิชาการทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ พิจารณาปรับปรุงนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยตามความเหมาะสม

สารบัญ

	หน้า
ความเป็นมา	๗
ส่วนที่ ๑ ภาวะผู้ป่วย (Patient Status)	
๑. ภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition)	๑๐
๒. ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life limiting condition)	๑๐
๓. ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening condition)	๑๐
๔. ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal illness)	๑๐
๕. ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)	๑๐
๖. การตาย (Death)	๑๑
๗. ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)	๑๑
๘. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)	๑๑
๙. ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (Complicated Grief)	๑๑
๑๐.ภาวะผิดปกติของความรู้สึกตัว (Disorder of Consciousness)	๑๑
ส่วนที่ ๒ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (Care Persons)	
๑๑.ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)	๑๒
๑๒.หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney)	๑๓
๑๓.ครอบครัว (Family)	๑๓
๑๔.ผู้ดูแล (Caregiver)	๑๓
๑๕.ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)	๑๓
๑๖.ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)	๑๓
๑๗.ทีมสหวิทยาการ (Multi-disciplinary Team)	๑๓
ส่วนที่ 3 การดูแลและการจัดบริการ (Care and Service)	
๑๘.ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)	๑๓
๑๙.การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๑๔
๒๐.การดูแลสนับสนุน(Supportive care)	๑๕
๒๑.การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต(End-of-Life Care)	๑๕
๒๒.การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care)	๑๕
๒๓.การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)	๑๕
๒๔.การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	๑๕
๒๕.การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care)	๑๖
๒๖.ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice service)	๑๖

๒๗.สถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center) ๑๖
๒๘.การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ๑๖
๒๙.หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
(Advance Directive or Living Will) ๑๖
๓๐.การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility) ๑๖
๓๑.การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to Palliative Care) ๑๗
๓๒.คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ๑๗
๓๓.การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) ๑๗
๓๔.การตายดี (Good Death) ๑๗
๓๕.จิตวิญญาณ (Spirituality) ๑๗

ส่วนที่ ๔ จริยธรรมและกฎหมายการแพทย์ (Ethics and Medico-legal)

๓๖.การรักษาพยุงชีพ (Life Sustaining Treatment) ๑๘
๓๗.การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment) ๑๘
๓๘.การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment) ๑๘
๓๙.การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death, AND) ๑๘
๔๐.การยับยั้ง/การถอดถอนการรักษาพยุงชีพ
(Withholding/Withdrawing Life Sustaining Treatment) ๑๘
๔๑.การุณยฆาต (Euthanasia) ๑๙
๔๒.การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-assisted Suicide) ๑๙
๔๓.การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation) ๑๙
๔๔.หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect) ๑๙
๔๕.หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interests) ๒๐
๔๖.การตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making) ๒๐

ภาคผนวก

คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๙/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑ ๒๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (Operation definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มีความสำคัญและได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ให้บริการสาธารณสุขและสถานพยาบาลจัดบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีรูปแบบบริการที่หลากหลายตามความเข้าใจและความสนใจของแต่ละแห่ง ทำให้ไม่สามารถให้การสนับสนุนในเชิงระบบให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ สถานพยาบาลที่ดำเนินการ ผู้ป่วยหรือญาติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการรองรับเพื่อให้การสนับสนุนการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองแล้วก็ตาม แต่จากการที่ประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดคำนิยามปฏิบัติการและคำอธิบายความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีข้อถกเถียงกันมากมายในมิติต่างๆ ทั้งเรื่องประเภทผู้ป่วย ลักษณะการบริการ สังคม วัฒนธรรม ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยแตกต่างกัน กำหนดแนวทางในการดูแลแตกต่างกันไปตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ทำให้เกิดปัญหามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา นอกจากนั้นยังส่งผลกับการจัดระบบการสนับสนุนและบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพตามมาด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์หลัก ๔ องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินการจัดทำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยขึ้น โดยได้ทำงานร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ตลอดกระบวนการ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์บริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวันตาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ เพื่อให้ได้นิยามฯ ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วกัน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการได้ โดยนิยามฯ ดังกล่าว เป็นนิยามปฏิบัติการภายใต้บริบทของประเทศไทย มีการใช้ถ้อยคำที่ไม่เป็นวิชาการมากนัก ใช้รูปแบบและสำนวนภาษาที่สาธารณชน

เข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสาขาอื่น ๆ นำไปใช้ปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานได้ นับตั้งแต่ การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การกำหนดแผนงานโครงการ การกำหนดงบประมาณ การจัดการทรัพยากรบุคคล การให้บริการ และการเงินการคลัง ตลอดจนการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

ในการดำเนินงานจัดทำนิยามฯ ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ โดยมีการอ้างอิงเอกสารทางวิชาการจากที่ประเทศไทยและทั่วโลกให้การยอมรับ โดย สช. ได้นำนิยามฯ ฉบับนี้เข้าสู่กระบวนการรับฟังความเห็นในวงกว้างทางเอกสารและเว็บไซต์ ก่อนที่จะนำเข้าสู่เวทีรับฟังความเห็นและกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นซึ่งกำหนดไว้ใน มาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อหาฉันทมติร่วมกันจากหน่วยงานองค์กรจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานด้านนโยบายสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคประชาสังคม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และในที่สุด สช. ได้นำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความเห็นชอบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สช. ขอขอบคุณทุกหน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการยกร่างนิยามปฏิบัติการฯ นี้ โดยหวังว่านิยามปฏิบัติการฯ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคต

ลำดับกิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน

วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑ คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๙/๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (Operation definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อทำหน้าที่ จัดทำคำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อ สช. และจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งคำนิยามปฏิบัติการฯ

วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๑ พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการฯ ระหว่าง ๕ องค์กร ประกอบด้วย สช. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมคณะทำงานยกร่างคำนิยามจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

๑. วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๑ ณ ห้องประชุมสุชน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๒. วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๒ ณ ห้องประชุมสุชน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๓. วันที่ ๕–๗ กันยายน ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๓ ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๔. วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ประชุมครั้งที่ ๔ ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมรับฟังความคิดเห็นในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ๒ ครั้ง ได้แก่

๑. ในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๐๐–๑๗.๐๐ น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร
๒. วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร

ประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานที่ดำเนินการยกร่างนิยาม ๒ ครั้ง ได้แก่

๑. วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสุชน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๒. วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสุชน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สช. ได้จัดส่งจดหมายไปยัง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยแบบประคับประคองของเอกชน องค์กรศาสนา หน่วยงานนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษาทั้งคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ สภาวิชาชีพและราชวิทยาลัย จำนวน ๒,๐๑๒ แห่ง/คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบระคับประคอง เห็นทางจดหมาย ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๒ โดยมีการส่งจดหมายตอบกลับมา ๑๔๑ แห่ง/คน ซึ่งระบุชื่อผู้ส่ง ๘๕ แห่ง/คน และไม่ระบุชื่อผู้ส่ง ๕๖ แห่ง/คน

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สช. เปิดรับฟังความคิดเห็นเป็นการทั่วไปทาง ทาง Website ต่อนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๒ โดยมีผู้เข้ามาตอบจำนวน ๑๕ ราย

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๒ สช. ได้เชิญผู้แทนโรงพยาบาล สภาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆ และบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มาร่วมประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๒ หลังจากที่รับฟังความคิดเห็นจากโรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐและเอกชน ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ประชุมคณะทำงานยกร่างคำนิยามเพื่อปรับปรุงร่างนิยามปฏิบัติการ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๒ จัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

ส่วนที่ ๑ ภาวะผู้ป่วย (Patient Status)

---

๑. ภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition)

ภาวะเจ็บป่วยหรือเสื่อมถอยทางกาย จิต หรือจิตเวช ซึ่งดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน ก่อให้เกิดข้อจำกัดถาวรต่อสมรรถนะทางกาย จิตใจ และการรู้คิด (Cognition) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล การใช้ชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคม[1,2]

๒. ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life - Limiting Condition)

ภาวะที่รักษาไม่หายขาดและทำให้มีชีวิตสั้นลง บางภาวะอาจเป็นการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องซึ่งต้องพึ่งพิงครอบครัวและผู้ดูแล[3]

๓. ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Condition)

ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ หรือเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว มีโอกาสล้มเหลวในการรักษาสูง

๔. ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal Illness)

โรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือฟื้นคืนสภาพเดิมได้ และคาดหมายว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า[4]

๕. ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)

ภาวะที่อวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยทั่วไประยะเวลาการเสียชีวิต อาจเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน

---

[1] Salins N, Gursahani R, Mathur R, Iyer S, Macaden S, Simha N, Mani RK, Rajagopal MR. Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2018; 22(4): 249-262

[2] National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Summary Health Statistics for the U.S. Population [Internet]: National Health Interview Survey [cited 17-18 Sep 19]. Available from http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_259.pdf

[3] The International Association for Hospice and Palliative Care. Life-limiting condition [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from https://pallipedia.org/life-limiting-condition/

[4] อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ ๑

๖. การตาย (Death)

ภาวะที่หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต หรือระบบประสาท ก้านสมอง หยุดทำงานอย่างถาวร

๗. ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)

ภาวะหรือประสบการณ์ของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

๘. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก ได้แก่ ความเครียด เศร้าโศก ซึมเศร้า และอารมณ์อื่นๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและจิตใจ พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม

๙. ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (Complicated Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์ และการดำเนินชีวิตนานกว่าปกติ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ฉบับพิมพ์ครั้งที่ ๕ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) [5, 6, 7, 8]

๑๐. ภาวะผิดปกติของความรู้สึกตัว (Disorders of Consciousness)

เป็นภาวะที่สมองของบุคคลได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บ (Traumatic Brain Injury) หรือ ได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ (Non-Traumatic Brain Injury) เช่น การขาดออกซิเจน การอักเสบรุนแรง ทำให้สูญเสียภาวะการณ์ตื่นรู้ (Wakefulness) และการรับรู้ (Awareness)

---

[5] เกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ ๕ (DSM-5) ได้จัดความเศร้าโศกที่ผิดปกติมีเกณฑ์อยู่ ๕ หมวดหลัก ได้แก่ ได้จัด CG ไว้ในชื่อว่า "Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) การวินิจฉัย CG หรือ PCBD ตามเกณฑ์ DMS-5 มี criteria ๕ หมวดหลัก ได้แก่ต้องเป็นผู้ประสบกับการเสียชีวิตของคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (criteria A) ต้องมีอาการหลักใน criteria B อย่างน้อย ๑ ใน ๔ ข้อ และ ต้องมีอาการแสดงย่อย ๆ ใน criteria C อีก ๖ ใน ๑๒ ข้อ โดยผู้สูญเสียมีอาการ ทั้ง criteria B และ C นานกว่า ๖ เดือน หรือ ๑ ปี (ตามอายุ ผู้สูญเสีย) อาการข้างต้นต้องมีผลกระทบต่อการอยู่ร่วมในสังคม กระทบต่องานหรือการดำเนินชีวิต (criteria D) และ ภาวะเศร้าโศกดูมากเกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือ ไม่เข้ากับ วัฒนธรรม ศาสนา หรือบรรทัดฐานที่เหมาะสมตามอายุ (criteria E)

[6] Kissane DW, Zaider TI. Bereavement. In: Nathan Cherny Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, and David C. Currow,editor. Oxford Textbook of Palliative Medicine 5ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014. p. 1110-22.

[7] Twycross R. Bereavement. In: Robert T, editor. Introducing palliative care. 4 ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003. p. 45-52

[8] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* 5th ed. Arlington. American Psychiatric Publishing; 2013

ภาวะนี้เกิดขึ้นภายหลังสมองได้รับอันตรายร้ายแรง ระยะแรกไม่ตื่นไม่ลืมตาไม่ว่ากระตุ้นเพียงไร เรียกภาวะนี้ว่าโคม่า (Coma) เมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งอาจต้องรอนานถึง ๒๘ วัน จึงสรุปได้ถึงสถานะและพยากรณ์โรค ได้แก่

(๑) การกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่น้อย (Severe Disability) หลังจากนี้ผู้ป่วยยังมีการฟื้นตัวได้อยู่

(๒) ภาวะมีสติเล็กน้อย (Minimal Conscious State, MCS) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้อยู่ แต่มีการสูญเสียการรับรู้โดยยังสามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้บ้าง เป็นเวลาอย่างน้อย ๒๘ วันนับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สึกตัว

(๓) ภาวะตื่นแต่ไม่รับรู้ (Unresponsive Wakefulness หรือ Vegetative State) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้ แต่ไม่รับรู้และไม่ตอบสนองสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย ๒๘ วันนับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สึกตัว

หลักฐานการแพทย์ปัจจุบัน จะเรียกภาวะตื่นแต่ไม่รับรู้ (Chronic/Permanent Vegetative State) เมื่อภาวะที่บุคคลตื่นแต่ไม่รับรู้ต่อสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานกว่า ๓-๖ เดือน กรณีสมองได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ หรือนานกว่า ๑๒ เดือน หลังจากที่สมองได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีโอกาสฟื้นตัวได้ยากอย่างยิ่ง[9] การกำหนดนิยามเหล่านี้เพื่อให้แพทย์ไม่ด่วนสรุปผู้ป่วยโคม่าว่ามีพยากรณ์โรคเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและหยุดการรักษาพยุงชีพเร็วเกินไป[10]

ส่วนที่ ๒ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (Care Persons)

---

๑๑. ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)

บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายรวมถึง ผู้แสดงเจตนาแทน หรือ บุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชาจะร่วมกันพิจารณาอย่างรอบคอบ

---

[9] Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S. Practice guideline update recommendations summary: Disorders of consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research.. *Neurology*. 2018 Sep 4;91(10): 450–460

[10] National Health Service, Disorders of consciousness [Internet]. nhs.uk. 2018 [cited 2019 Sep 18]. Available from: https://www.nhs.uk/conditions/disorders-of-consciousness/

๑๒. หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney)

เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็ได้

๑๓. ครอบครัว (Family)

ผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย มีความเชื่อมโยงกันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา หรือคู่ชีวิต หรือทางกฎหมาย หรือประเพณีวัฒนธรรม หรือบุคคลที่ไว้วางใจ

๑๔. ผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

๑๕. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver)

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงาน ให้การดูแลโดยมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

๑๖. ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)

กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกันรวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน

๑๗. ทีมสหวิทยาการ (Multi-Disciplinary Team)

กลุ่มคนที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางวิชาการจากหลายสาขาวิชา ซึ่งแต่ละคนทำงานอย่างอิสระ คู่ขนานกันไป มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยมีเป้าหมายการดูแลรักษาร่วมกัน

ส่วนที่ ๓ การดูแลและการจัดบริการ (Care and Service)

๑๘.ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ

(ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์[11]

๑๙. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย[12] ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ

การดูแลแบบประคับประคอง มี ๓ ระดับ ได้แก่

(๑) การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

(๒) การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

(๓) การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

การดูแลแบบประคับประคอง หมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

องค์การอนามัยโลก ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ดังนี้ เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจส่งผลดีต่อการดำเนิน

---

[11] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. [cited 2019 sep 18]. Available from: https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/คู่มือ%20LTC%20.pdf

[12] WHO.WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cited 2012 Dec 30]. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

โรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น

คำว่าการดูแลแบบประคับประคอง มีการทับซ้อนกับการดูแลแบบ Supportive Care ซึ่งหากแปลเป็นไทยตรงตัวว่า “ประคับประคอง” จะเกิดความสับสน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า คำว่า Supportive Care เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก เป้าหมาย คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการป้องกันหรือจัดการอาการของโรค ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค และผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา[13] ขณะที่การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงโรคลุกลาม และต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) จึงอาจเรียก Supportive Care ว่า “การดูแลสนับสนุน”

๒๐. การดูแลสนับสนุน (Supportive Care)

การดูแลแบบสนับสนุนที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายคือ เพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค หรือจัดการอาการของโรคและผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา

๒๑. การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)

การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี

๒๒. การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care)

การดูแลเด็กป่วยจากภาวะที่จำกัดอายุขัยหรือคุกคามต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการประคับประคองครอบครัว เริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัยและต่อเนื่องโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาโรคหรือไม่[14]

๒๓. การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

๒๔. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อโดยการบูรณาการ ประสานงาน และร่วมใช้ข้อมูลทุกด้านระหว่างผู้ให้บริการ

---

[13] Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1[Internet]. European journal of palliative care, 2009; 16(6) [cited 18 Sep 2019] Available from: https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf

[14] อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ ๑๒

๒๕. การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care)

การบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม

๒๖. ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Service)

ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยพักค้างชั่วคราวเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพัก (Respite care) การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) โดยสถานที่ดูแลดังกล่าวเรียกว่า สถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice)

๒๗. สถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center)

หน่วยงานที่ให้บริการแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต แบ่งได้เป็น ๒ ระดับคือ

(๑) หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) ทำหน้าที่จัดบริการ

(๒) ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Center) มีความสามารถในการฝึกอบรมและวิจัย นอกเหนือจากงานบริการ

๒๘. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

๒๙. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will)

หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย[15]

๓๐. การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility)

การเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จะเกิดขึ้นได้เมื่อระบบบริการสาธารณสุขเอื้อให้มีการบริหารยากลุ่มนี้ทั้งการจัดซื้อ จัดหา เก็บรักษา กระจายยา และสั่งจ่าย ในโรงพยาบาลทุกระดับและสถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย รวมถึงมีการบริหารจัดการยาที่บ้าน

---

[15] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

๓๑. การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to Palliative Care)

การเข้าถึงระบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพและพอเพียงโดยปราศจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ทั้งภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และสถานะทางสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

๓๒. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในทุกๆ มิติของชีวิต รวมถึง สุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

๓๓. การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)

การดูแลผู้ป่วยที่ยึดถือมุมมองจากประสบการณ์ ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยยังคงรักษาสิทธิ ความประสงค์ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการทำความเข้าใจชีวิตในภาพรวมตามความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และนำไปสู่การออกแบบการดูแลแบบองค์รวม

๓๔. การตายดี (Good Death)

การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย[16]

๓๕. จิตวิญญาณ (Spirituality)

การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละปัจเจกบุคคลแสวงหาความหมาย กำหนดทิศทาง การยอมรับและเข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิต เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต เกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตัวตน ครอบครัว คนรอบข้าง ชุมชน สังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวของชีวิต

---

16 The Economist. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world [Internet]. 2015 [18 Sep 2019]. Available from: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf

---

ส่วนที่ ๔ จริยธรรมและกฎหมายการแพทย์ (Ethic and Medico-legal issues)

---

๓๖. การรักษาพยุงชีพ (Life-Sustaining Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ เพื่อใช้ประคับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจและความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ[17,18]

๓๗. การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ที่มีเจตนาให้หายขาด แต่มีโอกาสเกิดโทษมากกว่าโอกาสที่จะเกิดประโยชน์

๓๘. การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment)

การรักษาที่แน่ชัดว่าไม่ได้ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ เช่น การใช้เครื่องพยุงชีพหวังให้ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยสมองตาย

๓๙. การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death: AND)

การตัดสินใจให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยงดการรักษาพยุงชีพ ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Active Dying) เพื่อเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าหรือตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทน

๔๐. การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment)

การตัดสินใจไม่เริ่มใช้ ไม่เพิ่มระดับการรักษาพยุงชีพ(Withholding Life-Sustaining Treatment) การหยุด หรือถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องพยุงชีพนั้น ผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต และก่อผลเสียหรือภาระมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เองภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทั้งนี้ การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ และการถอดถอนการรักษาพยุงชีพ มิใช่เป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia)

---

[17] ศัพท์บัญญัติ ราชบัณฑิตยสถาน [Internet]. [cited 2018 Nov 10]. Available from: http://rirs3.royin.go.th/coinages/webcoinage.php

[18] Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM., Baras M, Michalsen A. et al. Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. October 15 2014; 190(8): 855-866

๔๕. หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interests)

หลักการการตัดสินใจของแพทย์และทีมสุขภาพในการเลือกแนวทางรักษาแก่ผู้ป่วย โดยชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษาแต่ละอย่าง และเลือกการรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุดและมีความเสี่ยงน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วย การตัดสินใจนี้ต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์และทางสังคม[24]

๔๖. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making)

เป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ โดยเป็นการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว หรือตัวแทนผู้ป่วย การตัดสินใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์[25]

---

[24] Donnelly M. Best interests, patient participation and the Mental Capacity Act 2005. *Medical Law Review*. 15 December 2008; 17(1): 1–29

[25] Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011; 105(4): 300–304

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๙ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (Operational definition)

ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ปัจจุบันประเทศไทยใช้นิยามการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดไว้ แต่หน่วยงานต่างๆ ยังตีความนิยามดังกล่าวแตกต่างกันตามบริบทและอำนาจหน้าที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เห็นว่าเพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานของการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย จึงควรจัดทำนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ได้นิยามปฏิบัติการที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ทั้งยังทำให้การดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของประเทศเป็นมาตรฐานเดียวกัน

อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา ๒๗ (๒) และ (๓) ประกอบกับมาตรา ๓๔(๔) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายสุพรรณ ศรีธรรมมา	ประธาน
๑.๒ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๓ ปลัดกระทรวงมหาดไทยหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๔ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๕ อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๖ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๗ ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๙ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้แทน	กรรมการ

/๑.๑๐ อธิบดี...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) : ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ซ.ติวานนท์ ๑๔ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
National Health Commission Office : Floor 3, National Health building, 88/39 Moo 4, Soi Tiwanon 14, Tiwanon Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailar
Tel. +66-2832-9000 Fax. +66-2832-9001 www.nationalhealth.or.th Email : nationalhealth@nationalhealth.or.th

๑.๑๐ อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๑๑ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๑.๑๒ นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๑๓ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๑๔ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๑๕ ประธานคณะกรรมการปรับปรุงตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือผู้แทน	กรรมการ และเลขานุการ

๒. อำนาจหน้าที่

๒.๑ จัดทำคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

๒.๓ ดำเนินการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองตามที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

พลเดช ปิ่นประทีป

(นายพลเดช ปิ่นประทีป)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ